أثر برنامج إرشادي مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام في الأردن

إعداد

ريما كامل الدجاني

إشراف الدكتور

محمد نزيه عبد القادر حمدي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

آب، ٢٠١٠

الجامعة الأردنية

نمــوذج تفــويض

أنا ريما كامل فهمي الدجاني ، أفوض الجامعة الأردنية بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

التوقيع:

التاريخ: ١٢/٨/٢٠١٠

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة: "أثر برنامج إرشادي مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام في الأردن"، وأجيزت بتاريخ: ٢٠١٠/٧/٢٩.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور محمد نزيه حمدي، مشرفاً أستاذ – إرشاد نفسي تربوي	....
الدكتور سليمان الريحاني، عضواً أستاذ – إرشاد نفسي تربوي	....
الدكتور محمد عوده الريماوي، عضواً أستاذ– علم نفس تربوي	....
الدكتورة سهام أبو عيطه، عضواً أستاذ – إرشاد نفسي تربوي (الجامعة الهاشمية)	....

إلى نبع الحنان الدائم

إلى من أضع بين يديها باقات زهور عمري

إلى حبيبة قلبي "أمي"

إلى من أحسست دائماً بدفء عطائه

إلى والدي "الحاني"

إلى اخوتي الكرام الذين أعتز بهم

إلى من يعيش بي كدمي، ويصاحبني كظلي

إلى من اخترت حبه أرضاً خصبة

أزرع فيها بذور نجاحي "زوجي"

إليكم جميعاً أهدي هذا الجهد المتواضع

الشكر والتقدير

الحمد لله حمد الشاكرين الذي وفقني لإنجاز هذا العمل، والصلاة والسلام على نبينا محمد وعلى صحبه أجمعين.

ولا يسعني بعد أن انتهيت من إعداد هذه الرسالة بفضل الله تعالى ورعايته إلا أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان لأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور محمد نزيه عبد القادر حمدي الذي شرفني بقبول الإشراف على رسالتي، ومنحني الكثير من وقته، ولم يبخل علي بتقديم المعرفة وغمرني بكرمه طيلة فترة إعداد الرسالة.

وكما أتقدم بالشكر الجزيل لأعضاء لجنة المناقشة الذين شرفوني بقبولهم مناقشة رسالتي، وأشكر جميع الزملاء والأصدقاء الذين وقفوا إلى جانبي وقدموا العون والمساعدة لي طيلة فترة إعداد هذه الرسالة.

راجية من العلي القدير أن يجعل ذلك في موازين أعمالهم

الباحثة

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

أثر برنامج إرشادي مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام في الأردن

إعداد

ريما كامل الدجاني

المشرف

الأستاذ الدكتور محمد نزيه عبد القادر حمدي

الملخص

هدفت الدراسة الحالية التعرف الى أثر برنامج إرشادي مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام في الأردن.

وقد تكون مجتمع الدراسة من جميع عائلات مرضى الفصام في الأردن، ولغايات الدراسة تم اختيار عينة قصدية مكونة من 20 أسرة لدى كل منها مريض مشخص بالفصام، وقد تم اختيار فرد من كل أسرة هو الأكثر اهتماماً بالمريض الفصامي للمشاركة في الدراسة، وتم توزيع هؤلاء الأفراد بشكل عشوائي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد استخدم مقياس مهارات التواصل الأسري والذي يحتوي على أربعة مجالات وقد تم التأكد من دلالات صدقه وثباته، كما استخدم مقياس التكيف الأسري والذي يتكون من خمسة مجالات وقد تم التأكد من دلالات صدقه وثباته، حيث تم بناء المقياسين بعد الاطلاع على الأدب السابق المتعلق بموضوع الدراسة. وتم التأكد من صدق المقياسين من خلال عرضهما على 10 محكمين من الأساتذة المختصين في الإرشاد وعلم النفس في: الجامعة الأردنية وجامعة اليرموك والجامعة الهاشمية وجامعة عمان الأهلية وجامعة البتراء، وتم إجراء التعديلات وفق ملاحظات المحكمين حتى خرج المقياسان بصورتهما النهائية. كما تم التحقق من ثبات المقياسين من خلال تطبيقهما على عينة مقدارها ثلاثون فرداً من خارج عينة الدراسة ثم إعادة التطبيق بعد أسبوعين وتم استخراج معامل الثبات باستخدام معامل بيرسون حيث بلغ معامل الثبات 0.86 وهو مناسب لأغراض هذه الدراسة، ثم طبق البرنامج الإرشادي لتحسين التواصل والتكيف على المجموعة التجريبية.

وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية:

1. عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التواصل في القياس القبلي وبما يعكس التكافؤ بين المجموعتين.
2. وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التواصل في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
3. عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التكيف في القياس القبلي وبما يعكس التكافؤ بين المجموعتين.
4. وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التكيف في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
5. وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التواصل في قياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.
6. وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التكيف النفسي في قياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

وانتهت الدراسة بعدد من التوصيات اهمها:

- تطوير البرامج الإرشادية للتعامل بطريقة فاعلة مع الأمراض النفسية كالفصام.
- إجراء دراسات أخرى مشابهة تتناول أمراضا نفسية أخرى.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

المقدمة

يعد الفصام (Schizophrenia) أحد أكثر الأمراض الذهانية شيوعاً، ويمثل مرضى الفصام حوالي 60%-70% من المرضى نزيلي المستشفيات النفسية (عكاشة،1998). وتعتبر الأسرة محوراً هاماً في العلاقات الاجتماعية لمرضى الفصام، وهي في الوقت ذاته الجهة الداعمة لهم. ويعيش (40-60%) من مرضى الفصام داخل المنزل مع أسرهم. كما يحافظ الكثير من المرضى على تواصل منتظم مع أقاربهم. وهناك عدد من العوامل التي تحد من القدرة على تعايش الأسرة مع المرضى. ومن هذه العوامل صعوبة الحفاظ على علاقة قوية مع مرضى الفصام لما قد يشوبها من التوتر والانفعال (Brown & Birtwistle, 1999)، إضافة إلى أن رعاية مرضى الفصام تتطلب الوقت والمال والجهد مما قد يجعل أفراد الأسرة ينظرون إلى المريض باعتباره يشكل عبئاً على الأسرة. وقد تزداد صعوبات التعايش مع مرضى الفصام إذا لم يكن أفراد الأسرة على دراية عالية بحالة مريض الفصام من حيث الأعراض العامة وطبيعة مرضى الفصام وكيفية التعامل معهم، الأمر الذي قد يؤدي إلى وجود تعقيد بالغ في حياة أسرة مريض الفصام.

ووسط غياب دراسات مسحية شاملة وجادة لتحديد عدد مصابي الامراض النفسية، فان مصادر متطابقة، من بينها منظمة الصحة العالمية، تؤكد ان في أي مجتمع من المجتمعات هناك بين 20 -25 بالمئة من افراده بحاجة الى خدمات الصحة النفسية. وحسب ارقام رسمية فان نحو خمسة وعشرين ألف شخصاً راجعوا عيادة عمان الاستشارية عام 2008 ، بينما راجع عيادات المركز الوطني أكثر من 24 ألفا، وجاءت عيادة البشير ثالثا بنحو 17 الف مراجع، ويندرج تحت قائمة الامراض النفسية القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية والوسواس القهري ومتلازمات التعرض للازمات التي تشكل النسبة الاكبر من الامراض النفسية، فضلا عن أمراض عقلية تفقد المصاب تواصله الطبيعي مع محيطه مثل مرض الفصام. ووفق معلومات مصادرها متطابقة، فلا وجود للعلاج التكاملي في الأردن مما يوقع المريض النفسي في دائرة الخطر التي قد تقوده إلى الانتحار أو محاولة الانتحار. وترجع مصادر منظمة الصحة العالمية عزوف الاسر عن مراجعة الطبيب النفسي الى فهم نمطي للمريض بصفته "فاقدا للعقل او مجنونا".(www.medjordan.com).

ويهدف التدخل الأسري مع أسر مرضى الفصام إلى سد الفجوة في نقص المعلومات عند مرضى الفصام حول مرضهم ومبادئ العلاج الخاصة بهم، كما يهدف إلى دمج أفراد العائلات والعمل معهم بشكل تعاوني وكأنهم من أعضاء الفريق المعالج. فقد تكون الأسر أكثر قدرة على مراقبة مرضاهم والتعامل معهم بشكل أكثر فاعلية، الأمر الذي يزيد فرص تحسن المريض وخفض احتمالات انتكاسه. والتعاون مع أفراد أسر مرضى الفصام يسهم في تخفيف الضغوط النفسية والتوتر بين مرضى الفصام وأسرهم.

وقد أدى نقص المعلومات عن الأمراض النفسية المقدمة إلى أفراد الأسر إلى ظهور مطالب من قبل العديد من الأقارب ليكونوا أكثر معرفة وانخراطاً في علاج الأقارب المصابين بالمرض، وقد حثت منظمات الصحة النفسية الأخصائيين لأن يكونوا أكثر تعاوناً مع المرضى وأقاربهم، حيث أظهرت أبحاث كثيرة أن مستويات الضغوط العالية في الأسر التي يوجد فيها شخص مصاب بالفصام تزيد من مخاطر الانتكاس وإعادة المريض للمستشفى وفقدان فاعلية العلاج الذي يقدم للمريض في المستشفى (Butzlaff & Hooley, 1998).وتعتبر مستويات التوتر العالية في الأسر من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى مرض مزمن عند المريض ووجود صعوبات في مهارات التكيف لديه الأمر الذي يؤدي إلى نوبات حادة من المرض (Liberman, Mueser & Wallace, 1986).

ويسهم التدخل الأسري مع أسر مرضى الفصام في تثقيف أفراد الأسرة حول المرض النفسي ومبادئ العلاج، ويتم ذلك بانخراط أفراد الأسرة في العلاج والعمل معهم بطريقة تعاونية من خلال الطلب إليهم مراقبة نوبات المرض وتنبيه الأخصائيين النفسيين عند ملاحظة أي تغيرات من أجل التأكيد على الالتزام بتوصيات المعالجة وتشجيع المريض ليقوم بخطوات ايجابية نحو الشفاء، كما أن التعاون مع أفراد الأسرة يهدف بشكل أساسي إلى خفض حدة التوتر بين مريض الفصام وأفراد أسرته وأقاربه وبذلك تتحسن دورة علاج المريض.

ومع زيادة إدراك أسرة مريض الفصام بضرورة التعامل مع مريضها بشكل سليم خلال العقدين الماضيين، فقد تم تطوير العديد من نماذج التدخل الأسرية وقياس فعاليتها. وتختلف نماذج التدخل الأسري لمرضى الفصام في توجهاتها النظرية التي تتراوح ما بين السلوكي إلى السلوكي المعرفي إلى الدعم التثقيفي إلى تعديل الأنظمة الأسرية. ويعتمد استخدام نموذج دون آخر على خلفية الشخص المعالج من جهة ونوع الحالة المرضية من جهة أخرى (Mueser & Glynn, 1999).

ويتخذ شكل المعالجة في نماذج التدخل الأسري منحيين مختلفين فقد تكون عبارة عن جلسات علاج لأسرة واحدة مقابل عدد من اللقاءات لمجموعة من الأسر، وبفترات زمنية مختلفة (وقت محدد

مقابل وقت غير محدد)، ومكان المعالجة (المنزل مقابل العيادة). وعلى الرغم من هذه الاختلافات فإن نماذج التدخل الأسري تتضمن تدخلات طويلة المدى (أكثر من ستة أشهر) وتثقيف الأسرة حول المرض النفسي وأساليب علاجه ومقدار الدعم العاطفي الذي يجب أن يقدم والجهود المتوقع أن تبذل في تحسين التواصل وتقليل التوتر في الأسرة وتجنب لومها والتركيز على الحاضر والمستقبل بدلاً من التركيز على الماضي، والتركيز على تحسين حياة كل فرد من أفراد الأسرة بمن فيهم المريض.

ويعتبر العلاج الأسري السلوكي(Behavioral Family Therapy) (BFT) واحداً من نماذج التدخل الفعالة لعلاج أسر المرضى الفصاميين. إضافة إلى أن النموذج السلوكي يمتاز بأنه الأكثر انتشاراً في التطبيق على أسر المرضى غير المقيمين في المستشفيات من قبل أخصائيي الصحة النفسية. فمعظم الأفراد المصابين بالفصام يتطلبون العديد من الخدمات المتخصصة التي تشمل التدخل الأسري والعلاج الدوائي وإدارة الحالة والتعامل مع خدمات التأهيل (Liberman, Mueser & Wallace, 1986).

ويشمل نموذج العلاج الأسري السلوكي تعليم أفراد الأسر استراتيجيات التعلم الاجتماعية المصممة لزيادة استعدادهم للتواصل مع مرضاهم من خلال تزويدهم بالمعرفة والمهارات اللازمة وإدارة المرض بهدف رعاية الشخص المصاب بالفصام (Greer, Weerasekar & Goldberg, 1997). فالأسر تحتاج لفهم المعلومات الأساسية حول مرض الفصام والاستراتيجيات المستخدمة لمعالجته بالإضافة إلى فهم كيفية التعامل مع المشكلات التي قد تظهر عند إدارة المرض الأمر الذي يتطلب امتلاك الأسر لمهارات تواصل فعالة وامتلاكهم لمهارات حل المشكلات واستخدام اسلوب النمذجة والتعزيز عند تعاملهم مع المريض.

من جهة أخرى يركز نموذج العلاج الأسري السلوكي Behavioral Family Therapy (BFT) (De Groot, 2003) على تزويد أفراد الأسرة بالمعلومات الأساسية حول مرض الفصام ومهارات التواصل الفعال ومهارات حل المشكلات. ويهدف العلاج الأسري السلوكي عموماً إلى تدريب أسر مرضى الفصام في جلسات إرشادية تهدف إلى تعريفهم بأهمية المعرفة عن مرض الفصام والقيام بالواجبات المنزلية بالنسبة للأسر من أجل رفع كفاءتهم وفهمهم في تعاملهم مع المرضى، وغالباً ما تكون جلسات الأسر محددة في أوقات معينة في حين أن فريق العلاج يبقى على اتصال مع الأسرة بعد انتهاء الجلسة الرسمية. ويعتبر الهدف النهائي للعلاج الأسري السلوكي هو جعل أفراد الأسرة متعاونين بصورة فعالة مع أخصائيي الصحة النفسية في معالجة مرض الفصام، ومن حيث المدة الزمنية فإن العلاج الأسري السلوكي هو علاج يقدم لمدة زمنية تتراوح بين ستة أشهر إلى

سنتين، وبعض الأسر التي قد تدخل في الأزمات المتعددة يمكن أن يستمر العلاج لها في جلسات لمدة طويلة وقد تستمر الجلسات لمدة ساعة يومياً على مدار فترة زمنية معينة. وتعقد الجلسات بحيث تقل تدريجياً في المستقبل، وعادة تتضمن الجلسات الأسرية مريض الفصام وأي شخص قريب له لديه اتصال معه أو أي شخص يرغب في زيادة اتصاله مع المريض. ويمكن أن يشترك في جلسات العلاج الأسري أفراد لديهم علاقة مع المريض كالأصدقاء شريطة التزامهم في العمل مع المريض عند تطبيق العلاج الأسري السلوكي.

ومن الضروري توفير بيئة علاج هادئة لتسهيل تعليم المهارات والمعلومات اللازمة والتدريب عليها مع ضرورة التأكد من استمرارية الجلسة التدريبية وعدم حدوث أي مقاطعة لها. أما من حيث المحتوى فتركز جلسات العلاج الأسري السلوكي على تعليم المعلومات الأساسية حول مرض الفصام وتدريب أفراد الأسرة على مهارات التواصل ومهارات حل المشكلات، وغالباً ما تسير هذه الجلسات وفق تخطيط مسبق لها على أساس تاريخ العلاج وخبرات أفراد الأسرة. وقد تستخدم النشرات التعليمية أو أي مساعدات بصرية في الجلسات التدريبية، كما يمكن أن يتم تقديم الواجبات البيتية للأسر لمساعدتهم في مراجعة المعلومات أو ممارسة المهارات التي تعلموها في الجلسة. وبشكل تدريجي تصبح الأسرة مسؤولة عن تنظيم الجلسة ويكون المعالج كمرشد في حل مشاكلهم وتحقيق أهدافها المرغوبة (Mueser & Glynn, 1999).

ومن هنا تأتي هذه الدراسة للكشف عن أثر برنامج إرشادي مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام في الأردن.

مشكلة الدراسة:

لعل المطلع على واقع التواصل الأسري لأسر مرضى الفصام في المجتمع الأردني يجد أن هناك نقصاً واضحاً في الممارسات الأسرية الصحيحة نحو المرضى من حيث القدرة على التواصل فيما بينهم من جهة والتواصل مع المريض من جهة أخرى، وهذا ما أظهرت مقالات عديدة حول طبيعة هذا المرض أجرتها مجلة الطب الأردني (Med Jordan) في العام 2010، وأكدته المقابلة التي أجريت مع مدير المركز الوطني للتأهيل النفسي والذي أشار إلى أن هناك نقصاً واضحاً في البرامج المصممة والمبنية لمرضى الفصام أو الاضطرابات النفسية الأخرى في الأردن، كما أن هناك نقصاً واضحاً في عدد الأطباء والأخصائيين والممرضين النفسيين، بالإضافة إلى نقص في عدد الأسرة، والخدمات النفسية المقدمة للمرضى وأسرهم. الأمر الذي يفرض ضرورة إثارة وعي أسر

مرضى الفصام حول الحاجة إلى تدريبهم على كيفية التواصل مع بعضهم البعض من جهة ومع مريض الفصام من جهة أخرى، مع ضرورة تغيير النظرة التي قد تكون سائدة في بعض الأسر بأن مريض الفصام أصبح فرداً غريباً عن أفراد أسرته كونه مصاباً بالفصام، من هنا تتحدد مشكلة الدراسة في بناء برنامج إرشادي واختبار مدى فاعليته لتحسين التواصل والتكيف بين أفراد الأسرة من جهة وبينهم وبين المريض من جهة ثانية.

أهمية الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى إعداد برنامج إرشادي يسهم في تكيف الأسر التي لديها مريض بالفصام وتحسين قدرتهم على التواصل مع المريض الأمر الذي يؤدي إلى خفض الضغوطات التي يتعرض لها أفراد الأسرة ويسهم في تحسين ظروف معالجة المريض.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى إعداد برنامج إرشادي مستند إلى المنحى السلوكي لتحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام واستقصاء فاعليته.

فرضيات الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى فحص الفرضيات التالية:

1 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين التواصل على القياس البعدي عند مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ بين المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى لبرنامج الإرشاد الأسري.

2 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تكيف أفراد الأسرة مع المرض على القياس البعدي عند مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ بين المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى لبرنامج الإرشاد الأسري.

3 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين التواصل على قياس المتابعة عند مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ بين المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى إلى برنامج الإرشادي الأسري.

4 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين تكيف أفراد الأسرة على قياس المتابعة عند مستوى الدلالة $\alpha \leq 0.05$ بين المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى إلى برنامج الإرشادي الأسري.

محددات وحدود الدراسة:

تتحدد هذه الدراسة بالعوامل التالية:

- تقتصر الدراسة على عينة من أسر مرضى الفصام في الأردن يتم اختيارها بطريقة قصديه.
- تعتمد النتائج على صدق وثبات أدوات الدراسة التي تم تطويرها لأغراض الدراسة.
- الحدود المكانية: أجريت هذه الدراسة على عشرين أسرة لديها مريض مصاب بالفصام وجميع الأسر في عمان / الأردن.
- الحدود الزمانية: تم إجراء هذه الدراسة في العام 2010/2009.
- الحدود الموضوعية: تتحدد نتائج الدراسة بمدى دقة استجابة أفراد عينة الدراسة على مقياسي التواصل والتكيف النفسي.

تعريف المصطلحات:

- **برنامج الإرشاد الأسري**: مجموعة من الجلسات الإرشادية المجدولة زمنيا والمعدة وفق المنحى السلوكي، ويقوم المرشد في البرنامج المعد لأغراض هذه الدراسة بإدارة الجلسات بهدف تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام.
- **التواصل**: عملية تفاعلية تتضمن فهم المشاعر والأخذ والعطاء بين أفراد أسرة مرضى الفصام.

ويمكن تعريفه اجرائيا بالدرجة المتحققة على مقياس التواصل الأسري الذي أعد من قبل الباحثة ويتكون من أربعة مجالات تتضمن (41) فقرة.

- **التكيف:** ردود الفعل التي يعدل فيها الفرد من بنائه النفسي أو سلوكه ليستجيب للأوضاع والتغيرات في محيطه.

ويمكن تعريفه اجرائيا بالدرجة المتحققة على مقياس التكيف الذي أعد من قبل الباحثة ويتكون من خمسة مجالات تتكون من (42) فقرة.

- **مرضى الفصام**: المرضى المشخصون بأن لديهم أعراض فصام وفق تشخيص الطبيب الأخصائي.
- **أسر مرضى الفصام**: ويمكن تعريفهم إجرائياً بأنهم الأسر الذين لديهم مريض فصام وتم اختيارهم بطريقة قصدية لغايات تحقيق أهداف هذه الدراسة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

فيما يلي عرض للإطار النظري المتعلق بموضوع الدراسة والدراسات السابقة.

أولاً: الإطار النظري.

تعد الأسرة من أهم وسائط التربية، ولا يقتصر دورها على تشكيل سلوك الفرد في مرحلة الطفولة المبكرة فحسب، وإنما في مراحل النمو كلها، فهي بمثابة المجتمع الإنساني الأول الذي يمارس فيه الطفل أولى علاقاته الإنسانية، وهي المسئولة عن إكسابه أنماط السلوك الاجتماعي. كما أن كثيراً من مظاهر التوافق، أو سوء التوافق ترجع إلى نوع العلاقات الإنسانية السائدة في الأسرة، والعلاقات الأسرية تتمثل في التفاعل الأسري الذي يشير إلى العلاقات الثنائية بين الأب والأم من جهة، والطفل الذي ينشأ في رعايتهما من جهة أخرى، كما تغطي العلاقات المتبادلة بين كل من الأخوة والأخوات، بحيث يؤثر كل طرف في العلاقة على الطرف الآخر ويتأثر به من خلال عملية الاتصال (عمر، 1992). ويرى أندرسون ونوتال (Anderson & Nuttall ،1987) أن الاتصال من الحاجات الاجتماعية والنفسية الهامة، التي يصعب على الإنسان الاستغناء عنها، حيث أن الاتصال يحقق للإنسان مجموعة من الحاجات هي:

1. الحاجة إلى الانتماء: فالإنسان يحتاج إلى الأسرة كأساس ينطلق منه، وذلك بهدف أن يصل إلى الشعور بالأمن، وأن يتقبل ويتكيف مع معايير الجماعة.
2. الحاجة إلى التقدير: ويظهر ذلك من خلال عمليات اتصال الفرد مع الآخرين إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.
3. الحاجة إلى المعلومات: فالاتصال عملية لها مراحل تقوم على الإرسال والاستقبال، والمعلومات لها دور كبير في التأثير على الفرد وشخصيته.
4. الحاجة إلى تحقيق الذات: وذلك من خلال عملية التأثير المتبادلة بين الأفراد، فالاتصال هو عملية مشاركة بين الأفراد في الأفكار والمشاعر.

ومع تطور الحياة البشرية تغيرت الأدوار التربوية للأسرة، حيث أن المجتمعات الحديثة سلبت الأسرة وظائفها تدريجياً، وهناك العديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تحكم طبيعة هذه الأدوار، فالتعليم وخروج المرأة للعمل، ومشاركتها للرجل في تحمل المسؤوليات الاقتصادية للأسرة،

وفي اتخاذ القرارات الخاصة بالأسرة والأبناء أدّى إلى تحولات عديدة في النظام الأسري ووظائفه وطبيعة العلاقات الأسرية بين أفرادها.

ويشير الفقي (1984) إلى أهمية الدراسات التي أجريت في مجال العلاقات الأسرية، حيث ركزت بصورة أساسية على أهمية وجود العلاقة الصحية للتواصل الدافئ الحميم بين أفراد الأسرة الواحدة لنمو شخصية كل منهم في جميع مظاهرها النفسية واللغوية والاجتماعية والانفعالية، نمواً إيجابياً حيث يعتبر التفاعل الثنائي الإيجابي المبني على المحبة والمودة وإشباع الحاجات الأساسية والثانوية أمراً ضرورياً لتحقيق الاتزان النفسي والاستقرار الاجتماعي في نطاق أي أسرة تجمع بين الزوجين والأبناء، ومن ثمّ يمكن للعلاقات الأسرية أن تستمر بدرجة عالية من التوافق السوي، طالما أنها توفر الإشباعات التي يحتاجها الأفراد بلا خلافات أو اضطرابات حادة تؤرق الحياة الأسرية وتؤدي لظهور العديد من المشكلات النفسية، والأسرية، والاجتماعية لأفرادها (Gottman, 1999).

ومن المعروف أن الأداة التي تربط الناس ببعضهم بعضاً وتمكنهم من التواصل هي الرسائل اللفظية وغير اللفظية، وتعتبر عمليات التواصل من العمليات المركبة جداً، ويعتبر التواصل ضرورياً لتطور العلاقات بين الأفراد بدءاً من علاقة ما قبل الزواج إلى العلاقة الزوجية، وتستمر أهميته أثناء الزواج وخلال الحياة. ويعد الفصام (Schizophrenia) أحد أكثر الأمراض الذهانية شيوعاً، فهو يصيب حوالي 0.85- 0.03 من المجموع العام للسكان، ويمثل مرضى الفصام حوالي 60%-70% من المرضى نزيلي المستشفيات النفسية (عكاشة،1998). وأول من سمّى المرض بالفصام هو بلويلر (Bleuler)، والمعنى الحرفي للمصطلح مشتق من كلمتين، (Schiz) ومعناه الانقسام أو الانفصام، و(Phrenia) ومعناه العقل، أي انقسام أو انفصام العقل (Hemsley, 1994). ومن الصعوبة أن نقوم بعرض تعريفات الفصام لأنها متعددة وتختلف من باحث لآخر، إلا أننا لا نغفل تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM_IVTR للفصام بوصفه خليط من الأعراض والعلاقات (الموجبة والسالبة)، والتي ظهرت لفترة شهر (أو لفترة أقصر إذا كانت الحالة تخضع لعلاج ناجح)، بالإضافة إلى استمرار ظهور علامات الاضطراب لمدة ستة أشهر، ويصاحب هذه العلامات اضطرابات اجتماعية ومهنية، وتضم الأعراض المميزة للفصام مجموعة من الاضطرابات المعرفية والاضطرابات الوجدانية، والتي تتضمن: الإدراك، والتفكير الاستدلالي، واللغة، والتعامل مع الآخرين، والاتصال، وضبط التصرفات، والعاطفة والشعور، والطلاقة، والحديث، والتفكير الاستنتاجي، والإحساس بالسعادة والمتعة؛ كذلك الحال بالنسبة للإرادة والنشاط

والقدرة على التركيز والانتباه. ويتطلب تشخيص الفصام وجود مجموعة من العلامات والأعراض ذات العلاقة بالاضطراب الاجتماعي والمهني وليس عرضاً واحداً فقط (أبو زيد، 2003).

ويعد الفصام مرضاً لا يمكن تجاهله وإن كانت وسائل الإعلام والرأي العام لا تبدي اهتماماً كافياً تجاه هذا المرض كما هو الحال بالنسبة إلى أمراض أخرى استحوذت على اهتمام أكبر بكثير مما حظي به مرض الفصام. فأمراض الشرايين والسرطان والسكر استأثرت باهتمام الرأي العام، ونظمت لها حملات عديدة لمكافحتها والوقاية منها وأساليب التعايش معها عند استفحالها، وقد لقيت تلك الحملات دعماً مباشراً من السلطات الرسمية ومن الجمهور (أبو الخير، 2001).

وغالبا ما يبدأ المرض أثناء فترة المراهقة أو في بداية مرحلة البلوغ بإعراض خفيفة تتصاعد في شدتها بحيث أن عائلة المريض قد لا يلاحظون بداية المرض، وفي الغالب تبدأ الأعراض بتوتر عصبي، وقلة بالتركيز، والنوم مصاحبة بانطواء، وميل للعزلة عن المجتمع.

وبتقدم المرض تبدأ الأعراض في الظهور بصورة اشد فنجد أن المريض يسلك مسلكاً خاصاً، فهو يبدأ في التحدث عن أشياء وهمية وبلا معني، ويتلقى أحاسيس غير موجودة، وهذه هي بداية الاضطراب العقلي، ويستطيع الطبيب النفسي تشخيص المرض عند استمرار الأعراض لمدة أكثر من 6 أشهر علي أن تستمر هذه الأعراض طوال فترة الاضطراب العقلي. ومثل الأمراض الأخرى فأن الفصام له علامات وأعراض، والأعراض ليست متطابقة من فرد لآخر، البعض يعاني من نوبة مرضية واحدة خلال حياته والبعض الآخر يعاني من نوبات متكررة، ولكن يكون ما بين النوبات طبيعيا وهناك آخرون يعانون من أعراض شديدة للمرض تظل طوال حياتهم.ومرض الفصام يحوى تغيير في الشخصية، ويعلق أفراد الأسرة والأصدقاء بأن المصاب "ليس نفس الشخص السابق" ولأنهم يعانون من صعوبات في الإحساس والتمييز بين ما هو واقعي وغير واقعي فأن هؤلاء المصابون يبدؤون في الانسحاب والعزلة عندما تبدأ هذه الأعراض في الظهور. والتدهور يلاحظ في:

- العمل والنشاط الدراسي
- العلاقات مع الآخرين
- النظافة والعناية الشخصية (الخواجا، 2004)

ولا توجد حالة تماثل الفصام من حيث الأعباء الاقتصادية التي تتحملها الأسرة والدولة، ففي نهاية العقد الأخير من القرن العشرين قدرت تكاليف مرض الفصام في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها بما يزيد على ثلاثين مليار دولار سنوياً، وربما ارتفعت تلك التكاليف مع بداية القرن الحادي

والعشرين إلى أكثر من ذلك بكثير، ويقدر عدد المصابين بالفصام في العالم بما يزيد على (60) مليون فصامي، وهذا ما دعا "أرتي" (Arti) إلى القول بأن الفصام يعتبر أكثر أمراض العصر انتشاراً، إلا أنه يبقى متخفياً بعيداً عن المعالجة الصحيحة بسبب الخطأ في تشخيصه وعلاجه سواء في العيادات الخاصة أو في أقسام الطوارئ والاستقبال في المستشفيات العامة (أبو عيطة، 2002).

في الأعم نجد التحامل على المرض النفسي ما زال موجوداً وإن كان آخذاً في التناقص، ففي الماضي كان التحامل جلياً واضحاً حينما اعتبر المرض النفسي (وصمة) أي صفة شائنة. وكان الفصاميون يعتبرون مصدراً للعنف والسلوك العدواني المضاد للمجتمع، وهذا تصور ثبتت عدم صحته. فأعمال العنف والسلوك العدواني لا تحدث لدى الفصاميين أكثر مما تحدث بين عامة الناس، ولكن هناك سمات معينة للفصاميين لا يقبلها أي مجتمع، فهم لا يسلكون دائماً سلوكاً متوائماً مع الموقف ولا متسقاً مع توقعات المجتمع، فالمجتمع يستند إلى نظام وتضامن اجتماعي مطلوب من أفراده الرضوخ لأعرافه وتقاليده. وأن أي موقف إدانة يتخذه المجتمع ضد من ينحرف من أفراده إنما يهدف إلى منح الطمأنينة لباقي أفراد المجتمع الذين يهمهم المحافظة على استقراره وعلى منع ما يهدد ذلك الاستقرار (أقرع، 2005). والفصامي قد ينام نهاراً ويستيقظ ليلاً، وقد يرتدي ملابس لا تتناسب مع الموقف الذي جاء متفاعلاً معه، ويبدو كمن يشيح ببصره بعيداً حينما يتحدث إليه أحد، أو كأن يقهقه في موقف يتطلب إبداء مشاعر الحزن أو غير ذلك من التفاعلات الموقفية غير المتوافقة مع المعايير الاجتماعية المألوفة.

والفصام حالة لا تدعو للخجل أو الإحساس بالذنب تماماً كما أن ظاهرة طبيعية كالزلازل وكسوف الشمس وخسوف القمر ظواهر لا تدعو للخجل أو الإحساس بالذنب حينما تحدث في المكان الذي نعيش فيه، والفصام يختلف عن الظواهر المشار إليها والاختلاف بينها وبين الفصام أننا أمام تلك الظواهر لا نستطيع أن نفعل شيئاً ولكننا في المقابل نستطيع أن نصنع شيئاً ما لظاهرة الفصام، والذي يدعو للخجل والإحساس بالذنب هو إنكارنا لتلك المشكلة الشخصية ووقوفنا مكتوفي الأيدي تجاه علاجها أو الوقاية منها خاصة وأن تلك المشكلة الشخصية قد تكون على علاقة ببعض الظروف غير المواتية أحياناً في حياتنا الاجتماعية. علينا أن نحاول التعرف على تلك الظروف وتخفيف وطأتها عن طريق تحسين بيئتنا والكيفية التي نحيا بها داخل أسرنا (أبو الخير، 2001).

لا يسبب الفصام ألماً عضوياً ولكن شدة المعاناة النفسية التي تنشأ عنه تبلغ حداً من الضراوة يجعل المريض يقبل في سرور ومحبة مقايضة تلك الشدة بآلام عضوية، فأحياناً يحدث الفصامي إصابة في جسده عامداً ًمتعمداً، أملا في أن يسهم ذلك الألم العضوي الناتج عن الإصابة الجسدية في

تخفيف هول المعاناة النفسية. هذا الألم النفسي الهائل الذي تشتد حدته في المرحلة الأولية للمرض تسبقه معاناة طويلة، لم يلحظها أحد ولم يهتم بها أحد، ولم تثر ريبة أحد، وهي معاناة قد تمتد في جذورها من مرحلة الميلاد وحتى نهاية مرحلة الطفولة. وأثناء تلك المراحل يعاني المريض من الإحساس بالرعب الناتج عن رؤيته لنفسه مقطوع الصلة بالعالم الخارجي من حوله، فهو يجد نفسه غير قادر على فهم الآخرين، وكذلك يجد الآخرون أنفسهم غير قادرين على فهمه، وهو يشعر بنفسه وحيداً معزولاً عزلة كاملة بسبب قناعاته بأن قوى غامضة تحيط به، وشروراً لا يعرف كنهها تتربص به، أو بأن أناساً معينين يلاحقونه ليوقعوا به الأذى. وما لم يشف أو يتحسن فإن الوظيفية سوف تأخذ في التدهور بشكل مطرد، إذ سوف تقل شيئاً فشيئاً قدرته على الاستمتاع بالحياة وقدرته على الأخذ والعطاء، وقدرته على الشعور بالأمل وعلى الإبداع، فهو يرى أن الزمن كما يحس به لا يتحرك وليس ثمة تقدم إلى الأمام ولا تراجع إلى الخلف، بل هو متوقف بلا حراك عند تلك الحالة من الدمار المترامي الأبعاد (الخواجا، 2004).

يصيب الفصام الذكور والإناث، كما يظهر في جميع فئات الذكاء ولكنه يكثر بين الطبقات الدنيا والفقيرة. وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن الفصام موجود في الطبقات الاجتماعية الدنيا عشرة أضعاف وجوده بين الطبقات العليا، ولعل ذلك يرد إلى تعرض أبناء الطبقات الدنيا إلى صعوبات معيشية (جبل، 2000).

مفهوم الفصام:

على الرغم من وجود تعريفات متعددة للفصام، فإن التعريف الذي صاغه سلاتر وروث (Slater & Roth, 1979) يعتبر من أكثرها شيوعاً، وينص على أن الفصام يمثل مجموعة من الاضطرابات الذهنية التي تتصف بأعراض نفسية تؤدي في أغلب الحالات إلى تفسخ شخصية المريض، وتعيق تفكيره ومشاعره وإرادته وسلوكه بصورة واضحة.

وقد عرّفت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين اضطراب الفصام بأنه يتمثل في وجود أعراض ذهانية خاصة خلال فترات نشاط المرض، مع انخفاض في مستوى الأداء الوظيفي والاجتماعي والعمل كعلامات منذرة أو متبقية تسبق فترات نشاط المرض أو تعقبها. إضافة إلى ذلك فقد يعاني المريض من فقد الدافعية وتبلد المشاعر أو تسطحها وقد يظهر بعض السلوكيات الشاذة أو غير المألوفة. ويشترط لتشخيص اضطرابات الفصام ألا تقل الفترة المرضية عن ستة أشهر، ويشمل ذلك الصور أو الأعراض المتبقية والسائدة (الداهري، 2005).

وقد ذكرت منظمة الصحة العالمية أن اضطرابات الفصام تتميز بشكل عام بتحريفات أساسية ومميزة في التفكير والإدراك، وكذلك الانفعالات التي تكون غير ملائمة أو متبلدة، وعادة ما يبقى الوعي والقدرة الذهنية في حالة سوية، وإن كانت تظهر بعض النقائص المعرفية مع مرور الوقت، خاصة تلك الوظائف الأساسية التي تعطي الشخص الطبيعي إحساساً بالفردية، والتميز، وتوجيه الذات، فيشعر المريض أن الآخرين يتقاسمون معه أكثر أفكاره، ومشاعره، وأفعاله الخصوصية. وقد تتكون ضلالات لتفسير هذه الظواهر تصل إلى حد الاعتقاد بوجود قوى طبيعية أو خارقة للطبيعة، تعمل من أجل التحكم في أفكار وأفعال الشخص المصاب، وذلك بأشكال شاذة وغريبة في أغلب الأحيان، وقد يشعر المرضى بأنهم هم أنفسهم محور كل ما يحدث. وتشيع الهلاوس، بخاصة الهلاوس السمعية، وقد تعلق على سلوك وأفكار الشخص، وكثيراً ما يضطرب الإدراك بأشكال أخرى، فالألوان أو الأصوات قد تبدو أكثر حيوية من الطبيعي أو قد تبدو متغيرة نوعياً، وتكتسب السمات الثانوية للأشياء العادية أهمية تتجاوز أبعاد الشيء أو تحمل المواقف اليومية معان خاصة- عادة سوداوية- يقصد بها الفرد الذات. أما اضطراب التفكير الفصامي المميز، فيبرز السمات الهامشية وغير المترابطة في المعنى العام، تلك التي يتم تجاهلها عادة في النشاط الذهني الطبيعي الموجه، فيبرزها في المقدمة، ويستخدمها بدلاً من تلك السمات الهامة والمناسبة للموقف، وهكذا يصبح التفكير مشوشاً وغير مركز، وغير واضح، ويصبح التعبير عنه خلال الكلام أحياناً غير مترابط. كذلك تكثر التحريفات والإقحامات والاستقطاب في تسلسل الأفكار ويبدو وكأن قوة خارجية تسحب الأفكار، أما المزاج فيكون إما سطحياً أو متقلباً أو غير مناسب، وقد يظهر تضاد المشاعر واضطراب الإرادة في شكل كسل أو معاندة أو ذهول كما قد يكون هناك تصلب أو تخشب في الحركة، وقد تكون بداية المرض حادة مع سلوك مضطرب اضطراباً شديداً، وتتكون فيه الأفكار والسلوك الشاذ بشكل تدريجي (عبد الرحمن، 2000).

أعراض الفصام:

ليس محتوما على الطبيب والممرض النفسيين مشاهدة جميع هذه الأعراض في المريض الواحد، بل ربما يوجد بعض منها في المجموعة الواحدة فقط ولكن شدة المرض ومرحلته الابتدائية والمتقدمة ونوعيته السريرية هي التي تقرر أياً من الأعراض أشد وضوحاً وبروزاً.

يعتقد بعض المختصين أن الهلاوس والأوهام هي التي يعول عليها كأعراض مميزة للفصام، ولكننا في حقيقة الأمر نجدها في أمراض ذهانية أخرى، وما يمكن الاعتماد عليه كأعراض مميزة للفصام هو اضطراب التفكير والوجدان بالإضافة إلى وجود أوهام أولية مصحوبة بفقدان الاستبصار عند المريض.

1. اضطراب التفكير:

عادة ما يكون تفكير الفصامي مبهماً وغامضاً ومغلفاً بضبابية، تجعله أشبه باللغز. إن المريض لا يركز ذهنه في الموضوع، فيتيه تفكيره ويفقد وحدته، من هنا يصبح تفكيره غامضاً وتعبيره غير مترابط سخيفاً لا معنى له، وقد يزداد التفكك في التعبير والكلام إلى حد فقدان الجمل والكلمات ترابطها المنطقي وعلاقاتها السببية المتسلسلة. ويتضح تفكير المريض من طريقة كلامه، فقد يتكلم بسرعة، أو بدون توقف، ولكن بدون منطق أو ترابط، وقد يتوقف لبرهة طويلة أو قصيرة مما يدل على وجود مانع أو حاجز ذهني Thought Block (أبو الخير، 2001)، ومن مظاهر اضطراب التفكير أيضاً أن يسمع المريض صدى أفكاره وكأنها آتية من الخارج وهذا ما يدعى بـ: (صدى الأفكار Thought Resonance)، وقد يعاني مريض الفصام من جمود وتصلب في القابلية الذهنية Concreteness أي أن الغموض والجمود والفوضى الذهنية هي أحد أسباب تدهور المصابين في دراستهم ورسوبهم مما يجعل من الصعب على المدرسين أو أولياء الأمور إدراك كنه هذا التأخر الوراثي الذي هو في الحقيقة بداية مرض الفصام.

2. اضطراب الوجدان:

يتعرض مريض الفصام إلى تغيرات انفعالية وجدانية تتناول الشدة والنوعية والتناسق والترابط في الجوانب الانفعالية. والوجدان الطبيعي للإنسان العادي يتميز بالدفء والانسجام الداخلي والتوافق مع العالم الخارجي، ومن السهولة بمكان أن تقرأ على ملامحه ما يجول في وجدانه من حزن أو فرح أو ألم. أما مريض الفصام فقد يفشل الفاحص في قراءة ملامحه وتعابيره، فوجهه يفقد التعبير وانفعالاته تبدو جامدة بليدة ذلك أن البرود والقصور الذاتي والسطحية وعدم الاكتراث كلها من مميزات الفصام.

3. اضطراب الإرادة:

من علامات اضطراب الإرادة عند المريض الخمول في الطاقة والتردد في عمل أي شيء ويكون ذلك التردد هو مصدر قلقه الذي ينعكس على ذويه فيصبح مصدر قلق لهم. فمثلاً إذا اتخذ قراراً بالاستمرار في الدراسة الثانوية ونفذه له ذووه نجده سرعان ما يتراجع ويتحول إلى رأي آخر جديد ومن ثم ينتقل إلى رأي آخر وهكذا تضطرب الإرادة (أبو الخير، 2001).

4. الهلاوس:

الهلاوس مدركات حسية ليس لها أي مصدر في الواقع الخارجي أي أن الهلوسة شعور وإدراك وأحاسيس لأشياء لا وجود لها في الحقيقة ودون وجود حافز حقيقي خارجي لها والهلاوس قد

تكون بصرية وتكون عادة بشكل أشباح أو حيوانات أو أناس مشوهين أو أشكال وأضواء مبهمة، وقد تكون سمعية وتكون على شكل أصوات غير واضحة أو همهمة أو خشخشة، أو طابع من السب أو الشتم والإهانة أو اللوم والتقريع، وتعتبر الهلاوس السمعية أكثر أنواع الهلاوس في الفصام. وهناك الهلاوس الشمية والمذاقية واللمسية والمعوية كأن يحس المريض بأشياء غريبة في معدته مثل ديدان وأفاعي (عبد الله، 2001).

مصاحبات الفصام:

يذكر عكاشة أن هناك تفاوتاً واضحاً في مصاحبات اضطراب الفصام، حيث أن هناك العديد من الدراسات التي أكدت على مصاحبة أعراض اضطراب الوسواس القهري لاضطراب الفصام، كذلك ذكر عكاشة أن اضطراب الفصام يصاحبه أحياناً اضطراب الاعتماد على العقاقير. وأخيراً فإن هناك مصاحبات أخرى لاضطراب الفصام وإن كانت أقل تكراراً أو انتشاراً، ومن تلك المصاحبات أعراض اضطراب الهوس وبعض الاضطرابات الطبية العامة (Okasha, 1997).

مآل الفصام:

يختلف العلماء حول مآل الفصام حيث يعتقد البعض أنه لا يتم الشفاء منه، بينما يذكر آخرون أن هناك نسبة 25% من الحالات يشفى المريض فيها نهائياً من النوبات الفصامية، والتي تأتي في شكل نوبات دورية (عكاشة، 1998).

النظريات والنماذج النفسية التي ساهمت في وصف الفصام وتفسيره:

1. النموذج التطوري The Developmental Model:

ويرى أن أعراض الفصام تقع غالبيتها في المجال النفسي، ولذلك لا يمكن وصفها إلا على هذا الأساس. ويتناول هذا النموذج الفصام من الناحية الديناميكية للفرد، ومن الناحية الدينامية النفسية للعلاقات الشخصية بين الفرد وغيره. وبناءً عليه ينظر إلى الفصام كتعبير عن الاختلال في علاقة الفرد مع الآخرين اتساقاً مع منظور فرويد. ومنها ما يجد أن المرض أو بعض حالاته إنما ينجم عن عملية نكوص الفرد إلى دور سابق في نموه النفسي. ترد نظرية أخرى المرض إلى اضطراب علاقة المحيطين بالفرد وخاصة في مراحل النمو وفي الإطار الأسري، بما في ذلك حرمان الطفل من رعاية وحنان أمه، بالإضافة إلى طرائق الاتصال المشوشة التي يعامل بها الطفل من والديه. فكل هذه العوامل تعمل على تشويه واقع الطفل وتوجيهه إلى الخطأ في إدراك هذا الواقع والتعامل معه (Falloon Held, Roncone, Coverdale, & Laidlaw, 1998).

2. النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي The Biopsychosocial Model:

واضع هذا النموذج هو أدولف مايير (Adolf Meyer, 1866 – 1950). وهو يربط بين المرض وبين الفرد بكامله، وبين امكانياته البيولوجية والنفسية وبين ظروفه المحيطة التي يتفاعل معها. وفيما يتعلق بالفصام، يتضمن النموذج العناصر الأساسية المكونة للمرضى وهي الإمكانيات البيولوجية التي تتحقق للفرد بالوراثة، أو أثناء التكوين، والعوامل النفسية المستمدة من هذه الإمكانيات من ناحية، ومن تجاربه الحياتية من ناحية أخرى(عكاشة، 1998).

3. النموذج الأسري Family Model:

في هذا النموذج ينظر إلى الأسرة وليس المريض نفسه، باعتبارها المريضة والمضطربة بالفصام (Lidz & Lidz ,1949)، وهو النموذج المعتمد في الدراسة.

4. النموذج البيولوجي Biological Model:

ينتشر الفصام بين أسرة الفصامي بمعدل أعلى من نظيره في المجموع العام للسكان، كما أن نسب انتشاره بين التوائم المتطابقة أعلى منه لدى غير المتطابقة، وهذا دليل على أهمية العامل الوراثي، ولكن إلى الآن لم يتفق الباحثون حول طبيعة هذا العامل الوراثي: هل هو ناتج عن مورث (Gene) أحادي أو متعددة (Baron, 1986, Baron & Rainer,1988). فلا زلنا نجهل الوسيلة التي ينتقل بها الفصام وراثياً. ومع ذلك فمعظم الباحثين يجمعون على أن طريقة الانتقال الوراثي لا تتم طبقاً لقواعد مندل الوراثية، وإنما أكثر تعقيداً من ذلك

5. النموذج الكيميائي Chemical Model:

قام الباحثون بدراسة عدد كبير من المواد والتفاعلات بوصفها سبباً محتملاً للفصام مثل: الناقلات العصبية، الأدرينالين، الأندورفين، الدوبامين، السيروتونين، الإنزيمات، المهلوسات، التاراكسين، فضلاً عن دور كل من المناعة والفيروسات (أبو الخير،2001).

6. النموذج السلوكي Behavioral Model:

يفترض النموذج السلوكي " أن الاضطرابات عبارة عن أساليب غير توافقية متعلمة، ولذلك فإن أفضل طريقة لتغييرها هي إعادة التعلم وفقاً لطرائق أكثر ملائمة لتحقيق التكيف المناسب.

تصنيف الفصام:

يصنف الفصام حسب الأعراض السائدة إلى عدة أنماط إكلينيكية ويلاحظ أن هناك تداخلاً وتغيراً من نمط إلى نمط بفعل تقدم المرض.

وفيما يلي أهم الأنماط للفصام:

أ. الفصام البسيط Simple Schizophrenia:

يحدث هذا النمط من الفصام بصورة تدريجية وببطئ شديد حتى يكاد يكون من المستحيل تحديد نقطة بدايته، ويبدأ في فترة المراهقة وأحياناً ما قبلها عند الذكور والإناث، والمشكلات المصاحبة للفصام تجعل صاحبها خاملاً ميالاً لتضييق نطاق حياته، وكسول غير طامح، والحياة بالنسبة له مملة ولا تستثير لديه أية اهتمامات أو تحديات بسبب عزوفه عن المشاركة في معظم أنشطة الحياة.

لا توجد في الفصام البسيط أية ضلالات أو هلاوس أو حتى ملامح تفكير غير منطقي بل على العكس يبدو المريض ميالاً لعدم التفكير، ولا يجد حافزاً لاستعمال عقله ولا يميل للتفكير المجرد بل يفضل أن يقتصر حديثه على بضعة موضوعات بسيطة (الصفطي، 2000).

ب. فصام المراهقة Hebephrenia:

يبدأ فصام المراهقة في مقتبل العمر ويميل إلى التسلط على الذكور أكثر من الإناث، في هذا النمط تكون شدة المرض وأعراضه أكثر من الفصام البسيط، وهنا تتجلى أعراض تفكك الشخصية وتدهورها، تبدأ بالصداع والخمول والكآبة وتنتهي بالميول الانتحارية، فصام المراهقين، أشد أنواع الفصام مقاومة للعلاجات المختلفة، لذلك فإن نتائج العلاج غير مشجعة وما يزيد على 75% من الحالات تبقى في حالة مرضية سيئة.

ج. الفصام الكتاتوني (التصلبي) Catatonic Schizophrenia:

يبدأ هذا المرض بفترة هياج تتميز بسلوك هائج غير واضح الهدف ثم تخمد ثائرة المريض حتى يصل تدريجياً إن آجلا أو عاجلاً إلى حالة من السلبية التامة والانسحاب، والجمود الحركي شبه التام، وفي الحالات النموذجية يصبح المريض مثل تمثال الشمع ويحتفظ بوضعه هذا لساعات طويلة أو أيام عديدة أحياناً حتى يأتي أحد ويحركه ليطعمه أو يسقيه أو يأخذه إلى الفراش أو يساعده على قضاء حاجته ويبدو المريض منقطع الصلة بالعالم من حوله، فقد تبلغه وفاة أعز الناس عنده ولكن لا تطرف له عين.

د. فصام الاضطهاد (البارانويا):

تتميز البارانويا بأن شخصية المريض تحتفظ بتماسكها ووحدتها إلى حدود المعقول، أما الأعراض البارزة لفصام الاضطهاد فهي الأوهام الاضطهادية الأولية المحبوكة والمنسقة والتي تبدو وكأنها من تأليف قصاص بارع، فقد يروي المريض قصة اضطهاده وكيف اشترك أخوته لرشوة القاضي الذي قضى بحرمانه من الأملاك والأراضي والإرث، ثم كيف اتهموه بالجنون وغير ذلك.

مرضى الفصام البارانوي عادة أكثر ذكاء من مرضى الأنواع الأخرى من الفصام وهم ميالون إلى تفسير الأشياء والأحداث من حولهم على نحو يحط من قدرهم أمام أنفسهم، والشعور السائد لديهم عن تقييمهم لأنفسهم يحيلونه فوراً إلى الخارج، ثم يعودون ويدركونه في صورة تقييم سلبي لهم من الآخرين، وهذه الحالة العقلية التي يعيشونها والتي تتضمن إسقاط الانفعالات وانعكاساتها والمعنى المبالغ فيه اسم (الشك) أي أنهم ومنذ بداية المرض نجدهم ميالين للشك وسوء تفسير الأشياء، فيشعر المصاب بأنه مضطهد ويسمع أصواتاً وأفراداً يحذروه (أبو الخير، 2001).

الفصامي في الأسرة

أظهرت العديد من الدراسات والأبحاث أن للفصامي دوراً تفاعلياً في الأسرة، حيث يؤثر فيها تأثيراً غالباً ما يكون سلبياً. وفي هذا يذكر ووتر ونورثوفرز (Waters & Northovers) في دراستهما التي قاما بإجرائها على عينة مكونة من (42) مريضاً فصامياً، إن هؤلاء المرضى كانوا سبباً مباشراً في معاناة أقاربهم من الشعور بالشدة والانشغال الاجتماعي والقلق الأسري.ويتفق هذا مع ما ذكره رادولف (Rudolf) من أن معايشة فرد يعاني من مرض مزمن تؤدي بشكل أو آخر إلى أنواع من الشدة، التي تؤدي بدورها إلى اضطراب الحياة الأسرية والاجتماعية للأفراد المعايشين للمرض، حيث يميلون إلى العزلة والشعور بالقلق والخوف والشعور بالذنب والإحساس بالدونية، وكل ذلك يسبب شدة نفسية لأقارب المريض. كما يذكر باي وكابر (Pai & Kapar) إن عبء وجود مريض نفسي في المنزل ليس عبئاً نفسياً فقط ، وإنما هو عبء يقع على النواحي الاجتماعية، والأنشطة الترفيهية والمشكلات المادية والتي تتشوه وتضطرب بوجود هذا المريض، مما يؤدي إلى وجود أعراض نفسية نتيجة هذه الشدة داخل أفراد أسرة هذا المريض (الداهري،2005).

ولما كان الفصام متعدد الأسباب والصور والدرجات المرضية، لذلك نجده يتطلب كثيراً من الوسائل والطرائق العلاجية، لتشمل أساليب العلاج العضوي Physical Treatment بما تتضمنه من العلاج بالعقاقير Pharmacological Therapy، والعلاج بالصدمات الكهربائية ECT، والعلاج بالعمل Occupational Therapy والعلاج السلوكي Behavior Therapy. وقد أوضحت دراسة تورم وآخرين (Torm, Korten, Jacomb, Rodgers & pollitte, 1997) أن علاج الفصام يحتاج إلى خبرة وصبر من جانب الطبيب والمريض والعائلة نظراً لأنه يتطلب مدة طويلة، حيث يتلقى الفصامي عديداً من الأساليب العلاجية المختلفة كأساليب التدخّل بالعقاقير المضادة للذهان Anti Psychotic، وأساليب التدخل الأسري والسلوكي، والسلوكي المعرفي.

دور الأسرة في علاج ودعم مريض الفصام العقلي

يتساءل العديدين عن إمكانية علاج مريض الفصام وتعافيه وممارسته حياته بالشكل الطبيعي؟ وتجازوه الإعراض المرضية التي تصاحب المرض والتي تؤثر علي حياة المريض وعائلته والمحيطين به؟ وفي الوقت الذي يتميز مريض الفصام العقلي ببعده عن الواقع وانعزاله عن المجتمع ، وفي كثير من الأحيان الى عدم قدرته على أداء الوظائف الاعتيادية ، بالإضافة الى المعاناة من الإعراض المرضية التي تواكب مرضه، والتي تؤدي الى إرهاق المريض بشكل دائم والمعاناة بدون إدراك لتأثير الإعراض عليه في اغلب الأحيان، وذلك نتيجة عدم وجود علاج واطر مناسبة لدعم المريض للتعافي (الداهري،2005).

وتتسم حياة مريض الفصام بالفوضى وعدم القدرة على التركيز والانجاز ، وصعوبة بالغة في إقامة علاقات اجتماعية اذا لم يكن في كثير من الأحيان هنالك اضطراب وتشوش في العلاقة ، بالإضافة الى الأوهام والهالوس التي ترافقه ان كانت على مستوى السمعية ، البصرية او غيرها من الحواس، وهنا يتم الحديث عن مرض الفصام بشكله العام بدون الدخول في تفاصيل كل نوع من أنواع مرض الفصام، وعليه فأن الإعراض التي تصاحب مرض الفصام العقلي لا توثر على المريض فحسب بل على إفراد أسرته والمجتمع المحيط به ، وهي تؤدي الى نفور منه لعدم فهم طبيعية الإعراض والاعتقاد انه إحدى السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها المريض(أبو الخير، 2001).

ومع تطور المرض واكتشاف العائلة لحقيقة المرض تبدأ رحلة الأمل وخيبة الأمل في اكتشاف المجهول شيئا فشيء والسؤال عن العلاج والدواء، وفي كثير من الأحيان تخطأ عائلات المرض النفسيين في التوجه للجهات غير الصحيحة لتلقى العلاج، معتقدين أنهم يقدمون لابنهم أفضل ما يمكن ان يقدم أملين في شفائه بشكل سريع ونهائي.

لا شك ان مرض الفصام يختلف عن بقية الإمراض النفسية في الية وسرعة علاجه ولكن لا يعني بأي حال من الأحوال استحالة تعافيه، ممارسته لحياته الطبيعة بالشكل الصحيح والمريح حتى ببقاء الإعراض المرضيه التي يمكن السيطرة عليها، وذلك من خلال تضافر عوامل وجهود نذكرها بالشكل التالي (أبو الخير، 2001):

- سرعة اكتشاف المرض واللجوء الى الجهات المختصة بالسرعة الممكنة وعدم تأجيل اللجوء الى العلاج.
- الالتزام بنظام العلاج الدوائي ، والمراجعة الدورية والمستمرة للطبيب لمعرفة تأقلم المريض مع الدواء وشعوره بالراحة مع الأدوية.

- التعاون وتطوير خطة نفسية ـ اجتماعية مع العاملين الاجتماعيين والنفسيين في مراكز الصحة النفسية المجتمعية لمساعدة المريض في الاندماج المجتمعي وتطوير مهاراته المختلفة.
- استمرار المريض بالقيام بمهام حياته الاعتيادية كأي شخص أخر مثل الاستمرار بالعمل او الدراسة وفي حال عدم قدرة المريض على العمل ضرورة الالتحاق ببرنامج تأهيلي لتطوير مهارات تساعده على ذلك .
- ضرورة تفهم المجتمع للمريض وعدم استفزازه من خلال نبذه ووصمة بصفات وكلمات مؤدية تدمر حياة المريض بدون معرفة مطلقيها لتأثيرها السلبي الكبير على حياة المريض.
- العائلة والتي تلعب الدور المركزي والاهم في تحقيق كافة العناصر السالفة الذكر وفي تحقيق عملية التعافي للمريض.

فالعائلة هي الإطار الأهم لإفرادها سواء عانوا من المرض ام لم يعانوا منه فهم الإطار الذي ينمو به الإفراد يتعلمون المهارات الأساسية التي تساعدهم على الانتقال والتطور في المجتمع ، ويزداد دور العائلة أهمية وحساسية في حال وجود إفراد يواجهون صعوبات خاصة ، ويكون للعائلة الدور الأهم في دعم الإفراد الذين يواجهون صعوبات أو إعاقات معينة. ولعل هذا الدور يتجلى أهميته في دور العائلة مع مريض الفصام، فرغم قيام العائلات بمتابعة العلاج الدوائي مع المريض معتقدين انه العلاج الكافي إلا أنهم يتفاجئوا بالعديد من الأحيان بتراجع وضع المريض وهنا يبرز السؤال عن ما هو العلاج المناسب لمريض الفصام العقلي ؟ ولعل أهم علاج لمريض الفصام يتعلق بالدور العائلي في العلاج ، وهنا من المهم استعراض وضع العائلة التي يعاني احد إفرادها من مرض الفصام العقلي (الداهري، 2005):

- غضب وشعور بالفشل نتيجة الشعور بالتقصير لوصول الابن لهذا المرض.
- إنكار وجود المرض وبالتالي عدم متابعة العائلة لعلاج المريض وتدهور وضعه.
- الشعور بالتعب، الإرهاق، الإحباط والفوضى لاستمرار المرض لفترات طويلة والشعور باليأس وعدم القدرة على المتابعة.
- التوتر الدائم نتيجة الخوف من المجهول، والخوف من عدم القدرة على التقدم والعلاج.
- الشعور بالضغط والإجهاد نتيجة تصرفات المريض والإعراض المرضية التي تصاحب مرضه.
- صدمة كبيرة وحالة من التشتت ، نتيجة لعدم فهم ماهية المرض وإعراضه ، وبالتالي عدم معرفة طريق التعامل والإمكان الصحيحة للتوجه .

- الإحباط نتيجة المحاولات العديدة للعلاج وعدم انتهاء المرض .
- شعور العائلة بالوصمة والابتعاد عن المجتمع .
- الشعور بالوحدة وعدم وجود من يتفهم وضع العائلة او يقدم لهم يد العون والمساعدة.

الإرشادات الخاصة بالأهالي لمساعدة أبنائهم في التحسن والتعافي والرجوع للمجتمع:

- تقبل المرض والمريض والاعتراف بأن هناك فرد من إفراد العائلة مصاب به وهو يحتاج للدعم والمساندة
- عدم لوم المريض او الشعور بالذنب فالمرض ليس لأحد ذنب به.
- فهم أوسع وأكثر للمرض ، ففهم المرض والظروف التي يمكن ان يمر بها المريض والإعراض التي تصاحب المرض تساعد في تقبل العائلة لتصرفات المريض وعلى مساعدته لتقليل منها ، وهنا يجب الفهم ان المريض لا يقوم بهذه التصرفات بإرادة منه بل هي مزعجة له ويحتاج الى الدعم والمساندة لمساعدته في تخطيها.
- تقليل التوتر لدى العائلة ، هنالك العديد من العائلات التي تشعر بالتوتر لوجود المرض ويستمر هذا التوتر لفترات طويلة الأمر الذي له تأثير سلبي سواء على المريض وتحسنه او على قدرة العائلة على دعم المريض لدى من الأهمية بمكان العمل على إيجاد بدائل لتقليل التوتر ،
- تطوير قدرة العائلة على التعامل مع الضغوطات والأزمات وخلق أجواء عائلة وعاطفية مستقرة ، تساعد المريض على التحسن حيث ان الأجواء العاطفية والعائلية المتوترة تساعد على تجدد الفصام وتراجع حالة المريض
- تطوير قدرة العائلة على التعامل مع المشاكل وإيجاد طرق لحل المشاكل من خلال تطوير مهارات حل المشاكل .
- مساعدة العائلة للمريض لاستخدام وقت فراغه بشكل ايجابي وعدم التواجد لفترات طويلة بدون عمل او نشاطات محددة
- التشجيع الدائم للمريض للعمل وليس الضغط عليه بشكل سلبي فالعديد من مرض الفصام قادرين على العمل وهذا يساعدهم لشعورهم بأنهم مفيدين وذوى جدوى ، وهنا من المهم ان تتخذ العائلة دور مقدم الرعاية الايجابي وليس السلبي .
- الابتعاد عن لوم المريض وإشعاره بأن مقصر وبدون جدوى فهذا لا يساعده على الإطلاق ويبقى العلاقة مشحونة ومتوترة

- الابتعاد عن التصرفات او التعلقيات التي ينفر منها المريض
- عدم الشعور بالخجل من المريض واصطحابه في المناسبات الاجتماعية ومساعدته على الاندماج في المجتمع (الصفطي،2000).

دور الأسر في علاج مرض الفصام

أظهرت الأبحاث التي أجريت على اسر مرضى الفصام أن المناخ الأسري الصحي له دور كبير في تحسين فرص استقرار المرضى ومنع انتكاس المرض ولذلك فأن الأسرة تستطيع أن تلعب دور كبير من كل النواحي في مساعدة المريض بالفصام. (الصفطي،2000) .

علاج الفصام:

أولاً: العلاج الدوائي:

ويقصد به الاستخدام المنظم لبرنامج علاجي دوائي بالعقاقير المختلفة التي تستخدم في علاج المرضى النفسيين. وقد أوضح عدد كبير من الدراسات أن مثل هذا العلاج مفيد للكثيرين من مرضى الفصام الحاد، وبالرغم من ذلك فإن بعضهم لا يستجيب له بطريقة حسنة. وكان من بين من أخرجوا من المستشفى من ظلت لديهم بشكل دائم آفات اجتماعية ومهنية خطيرة، وهو الأمر الذي يشير إلى الحاجة الماسة لأساليب علاجية إضافية وهذا ما أكدته دراسة بييوسكيتر، حيث اهتم بالأساليب التأهيلية النفسية الاجتماعية وكذلك النظم الدوائية العلاجية المستخدمة على مدى فترات زمنية طويلة في علاج مرضى الفصام ونتائجها على المدى البعيد. وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن الحاجة الماسة لأساليب علاجية إضافية كالأخذ بالتأهيل النفسي الاجتماعي، والخدمات المنسقة الأخرى ذات الأهمية الكبرى والتي يجب أن تقدم للمريض الفصامي مثل: التأهيل المهني والتدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج المعرفي والعلاج الأسري (أبو الخير، 2001).

ثانياً: العلاج بالصدمات الكهربائية:

تعطى جلسات بالصدمات الكهربائية لحالات الفصام الحادة، وحالات الفصام الكتاتوني، وتعتبر الصدمات الكهربائية العلاج الأساسي الحالات الهبوط والانعزال والقلق وفقدان الاهتمام والخمول المصاحبة لمرضى الفصام كما تعطى الصدمات الكهربائية إذا صاحبت الفصام أعراض وجدانية أو اكتئابية أو انبساطية، وللتقليل من شدة الضلالات والهلاوس وما يصاحبها من آلام نفسية

شديدة، ولفصام الشيخوخة حتى لا يتعرض المريض للأعراض الجانبية المصاحبة للعقاقير. ولا تفيد الصدمات الكهربائية في الفصام البسيط أو المزمن، ولا داعي لتعرض المريض لهذا العلاج إن لم يكن منه فائدة (عكاشة، 1998).

وأصبح اللجوء إلى الصدمات الكهربائية حالياً أقل بكثير مما كان عليه في الماضي، ويعد أسلوباً منفراً في العلاج وبالأخص أن طبيعة تأثيره غير معروفة (أبو الخير، 2001).

ثالثاً: العلاج النفسي:

يتفق معظم المعالجين على أنه يستحيل علاج مرضى الفصام الكتاتوني والبارانوي والحاد بالتحليل النفسي لضعف الأنا ولعدم استبصار المريض، الأمر الذي يجعل تجاوبه الانفعالي صعباً؛ وهو التجاوب الذي يعد أساس العلاج النفسي، بل ويذهب البعض إلى أنه لا يصح علاج مرضى الفصام بالتحليل النفسي طويل المدى نظراً لضرره الشديد على المريض وجعله في حالة إعياء مستمر (عكاشة، 1998).

رابعاً: العلاج الاجتماعي:

يهدف العلاج الاجتماعي إلى إعادة تأهيل المريض الفصامي في المجتمع بشكل وبقدر ملائم لحالته المرضية (Bachrach, 1992). فهو يساعد المريض على توفير علاقات اجتماعية أفضل تمكنه من الاندماج الاجتماعي، كما تعينه على اكتساب الطرائق السلوكية التي تحقق له العيش بواقعية واطمئنان وفعالية مجدية في المجتمع، وتفيد بعض البحوث والدراسات بأن هذا الأسلوب العلاجي يحقق نتائج أفضل من أي أسلوب علاجي آخر، خاصة إذا تم دمجه مع العلاج بالأدوية المضادة للذهان (كمال، 1986).

خامساً: العلاج الأسري:

يوجد اتجاهان للعلاج الأسري، أما الأول فيقتضي بضرورة تثقيف الأسرة حول المرض وأسبابه، ودور الأسرة في تطوره، وفي كيفية تقبل المريض والتعامل معه؛ والاتجاه الثاني يهدف إلى رعاية الأسرة وتشمل عدة نواحي مادية واجتماعية وطبية وعلاجية، ومن ناحية أخرى نجد أن العلاج الأسري يتوجه إلى المريض نفسه بهدف إعداده للتدخل السلوكي (كمال، 1986).

سادساً: العلاج بالعمل:

من الحقائق الثابتة أن عدداً ليس بالقليل من المرضى الفصاميين يظلون في حالة من الانعزال الدائم في حياتهم مما يترتب عليه التدهور في العلاقات الاجتماعية، ومن هنا تأتي أهمية العلاج بالعمل

كأسلوب هادف لتحقيق الكفاية والسعادة ولتنشيط المريض لكي ينتج شيئاً مهما كان بسيطاً لكنه في نهاية الأمر يعطيه شعوراً بالإنجاز.

سابعاً: العلاج السلوكي:

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك المشكل عن طريق استخدام الإشراط التقليدي وطرائق التعلم الإجرائية، وتبديل السلوك غير المرغوب فيه بسلوك مرغوب باستخدام قوانين نظريات التعلم الحديثة. ولتحقيق ذلك فإن العلاج السلوكي يلجأ لأساليب مثل: الإشراط التنفيري Aversion Conditioning، والإطفاء Extinction، والكف المتبادل والاسترخاء Reciprocal Inhibition and Relaxation، والإشراط الإجرائيOperant Conditioning، (دسوقي، 1990؛ ومليكه، 1990). وهو" يعد التطبيق المنهجي لمبادئ التعلم وتقنياته في معالجة الاضطرابات السلوكية ويفترض المعالج السلوكي أن الاضطرابات عبارة عن أساليب غير توافقية متعلمة، ولذلك فإن أفضل طريقة لتغييرها هي إعادة التعلم وفقاً لطرائق أكثر ملاءمة لتحقيق التكيف المناسب (عاقل، 1988). وقد حظي موضوع العلاج السلوكي للاضطرابات العقلية بما فيها الفصام باهتمام مبكّر من المعالجين السلوكيين، الذين يفضلون عند التعامل مع الفصام أو غيره من الاضطرابات الذهانية الأخرى التركيز على الجوانب من السلوك الشاذ التي يمكن ملاحظتها وتقديرها وتعديلها.

فالهدف الرئيسي من العلاج السلوكي للفصام ينصب على اتجاهين، الأول: متعلق بزيادة القدرات التكيفية والتوافق للمجتمع والذي يتحقق عن طريق خفض حدة الأنماط السلوكية المضطربة أو إزالتها، وتنمية القدرة على تكوين علاقات شخصية اجتماعية فعّالة والقدرة على رعاية الذات، والاهتمام بالتفاعل الاجتماعي والدخول في علاقات إيجابية وتطور مهارات الاتصال، وكذلك تنمية القدرة على التوافق المهني والقابلية للتدريب، بالإضافة إلى تغيير بعض العوامل المهمة كاعتبار الذات، والقدرة على حل المشكلات المستعصية. أما الاتجاه الثاني: فيتعلق بتحسين سلوك الفصامي في داخل بيئة المستشفى ومساعدته على التوافق مع هذه البيئة في حالة ما إذا كان سيستمر في الإقامة فيها لفترات طويلة (إبراهيم، 2007). وتتوفر دلائل بحثية تؤكد أن العلاج السلوكي له نتائج أكثر فعاليّة من الأساليب العلاجية الأخرى في علاج مرضى الفصام (كمال، 1986).

ثامناً: العلاج السلوكي المعرفي:

أوضحت الدراسات التقييمية المتتالية أن العلاج السلوكي والعلاج المعرفي هما من أكثر الأساليب العلاجية فعاليّة في علاج كثير من الاضطرابات. وقد استخدمت الأساليب المعرفية السلوكية في علاج الأعراض المرضية النشطة في الفصام مثل الهذاءات حيث أجريت دراسات عديدة أثبتت

كفاءة هذا الأسلوب العلاجي الحديث في خفض المعتقدات الهذائية. كما هدفت دراسات أخرى إلى خفض الهلاوس السمعية عند المرضى الفصاميين وقد جاءت نتائج هذه الدراسات إيجابية إلى حدّ ما. وقد أدت النتائج المشجعة لهذه الدراسات إلى توالي دراسات أخرى اهتمت بتطوير حزمٍ علاجية سلوكية معرفية ذات أسس عريضة تضمنت كثيراً من الأساليب العلاجية المختلفة، كما اتجه تيار بعض الدراسات إلى تعديل الاضطرابات في حديث المرضى الفصاميين وجاءت النتائج مُرضية إلى حد كبير (أبو الخير، 2001).

- **التواصل:**

يعرف التواصل بين الأشخاص بأنه السلوك اللفظي أو غير اللفظي الذي يتم إدراكه من قبل الآخرين، وبشكل أكثر تحديداً يمكن تعريفه بأنه السلوكات التي ترسل من قبل المرسل إلى المستلم، وتؤثر على سلوكاته، فالتواصل يهدف في الأساس إلى إحداث تغيير في الفرد المقابل بطريقة ما، فالفرد يرسل رسالة "كيف حالك" ليستثير استجابة لدى الآخر هي "جيد". وتختلف النظريات والمدارس النفسية في تفسير عملية التواصل، فعلماء النفس يفسرون عملية التواصل من خلال الظواهر النفسية للإنسان مثل الاستيعاب، والتفكير والتذكير، أما علماء الاجتماع فينظرون إلى التواصل بأنه عملية اجتماعية تحدث كل لحظة بين أفراد المجتمع (نصر الدين، 2001).

ولأن الإنسان مخلوق ضعيف لا يستطيع أن يعيش معتمداً على نفسه دون الآخرين في هذه الحياة، فهو له حاجات أساسية لها علاقة باستمراره وحفظ حياته من الفناء، وهذه الحاجات لا يمكن تلبيتها دون مساعدة الآخرين. وبذلك فهو يعتمد على الآخرين لمساعدته على تلبية تلك الحاجات، وبالتالي فليس له إلا أن يتصل، لذلك لا يمكن للإنسان أن يعيش دون اتصال، لذلك فإن تلبية هذه الحاجات وإشباعها تتم بالتفاعل مع الآخرين في المجتمع سواء أكان هذا التفاعل يحدث داخل المنزل، أم مع الأفراد والمؤسسات، ومن خلال التفاعل يبرز جوهر التواصل. فالإنسان الموجود هو الإنسان المتصل، لأن حواسه تشكل وسائل تفاعله مع البيئة المادية والمعنوية، يعطي ويأخذ، يرسل ويستقبل (حبيب وآخرون، 2004).

فكلمة التواصل بالإنكليزية Communication، مشتقة من الكلمة اللاتينية Communare التي تعني جعل الشيء عاماً، وعلى ذلك فالتواصل يعني مقاسمة المعنى وجعله عاماً بين شخصين أو مجموعة من الأشخاص أو الجماعات، فالتواصل ظاهرة اجتماعية تحول المجموعة الساكنة إلى مجموعة حركية، إذ هو أساس التقارب والتفاعل الاجتماعي، وهو العنصر الأساسي في جهد الإنسان لكي يتحكم في نفسه وفي بيئته، وكذلك يشير التواصل إلى هندسة التنسيق المتمثل في عملية تحريك

العمل في المنظمة وتسييره بسهوله نحو هدف عام، وبالتالي يمكن تعريف عملية التواصل بأنها عملية إنتاج ونقل، وتبادل، وتفهم المعلومات والأفكار والآراء، والمشاعر من شخص إلى شخص آخر أو من مجموعة إلى مجموعة أخرى. بقصد التأثير فيها وإحداث الاستجابة المطلوبة (حجازي، 1990).

وينظر إلى التواصل على أنه العملية التي يتم عن طريقها تكوين العلاقات بين أعضاء المجتمع، سواء أكان المجتمع صغيراً أم كبيراً، وتبادل المعلومات والأفكار والتجارب فيما بينهم، وينظر لعملية التواصل في أبسط صورها على أنها عملية أساسها الحاجة إلى الكلام أو الكتابة أو الاستماع إلى الآخرين (محاميد، 2003).ويرى باركر (Barker, 1986) أن التواصل عملية ديناميكية متغيرة وغير منتهية، فحديث الشخص مع زملائه في الأمس يؤثر عليه في اليوم التالي، وأن هناك مئات الرسائل التي يتلقاها الأشخاص في حياتهم اليومية، تؤثر عليهم وتوسع مداركهم.

ويذكر جونسون (Johnson, 2000) أن عملية التواصل بين شخصين تتضمن سبعة عناصر هي:

1. أهداف وأفكار ومشاعر المرسل وأسلوبه.
2. ترميز الرسالة من قبل المرسل.
3. إرسال الرسالة إلى المستقبل.
4. القناة التي يتم من خلالها الإرسال.
5. حل رموز الرسالة من قبل المستقبل.
6. الاستجابة الذاتية للمستقبل.
7. مقدار التشويش في الخطوات السابقة.

ويؤكد لوسير وأروين (Lussier & Irwin, 1990) أن الهدف من التواصل يكمن في محاولة التأثير والإقناع، ولا يقتصر على مجرد إرسال الرسائل باستخدام الوسائل المختلفة، فالتواصل لا معنى له دون أهدافه، ولا أهمية له إذا لم يحدث تأثيراً في الآخرين.ويعني التواصل كذلك القدرة على الاستماع، والانتباه، والإدراك، والإستجابة اللفظية، وهذه القدرة يمكن أن يتعلمها معظم الناس، مهما اختلفت مستوياتهم التعليمية وشخصياتهم وخلفياتهم الاجتماعية فهي مهارات تحتاج إلى تدريب مستمر كأي مهارات أخرى (Okun, 1991).

ويرى جونسون (Johnson, 2000) أن مهارات التواصل ليست فطرية بل مكتسبة، مثال على ذلك أن مشاهدة برامج رياضية لا تجعل جسم الإنسان رياضياً، كذلك فإن مهارات التواصل لا يتم تعلمهما من خلال القراءة عنها فقط، بل من التدريب عليها.

لذلك فإن مشكلات التواصل كما أشارت الأبحاث، تعتبر هي المصدر الرئيسي للمشكلات التي يتعرض لها الأفراد، فمعظم المشكلات الأسرية سببها عدم امتلاك مهارات اتصال فعالة، وكذلك مشكلات الفرد في العمل ومستوى رضاه عن عمله، تعتمد على درجة امتلاكه وإتقانه لمهارات التواصل. فعدم امتلاك الفرد لمهارات التواصل سيؤدي إلى الإحباط والتوتر، والمشكلة الأساسية عند الأفراد الذين يواجهون مشكلات في عملهم، تسبب انخفاض مستوى رضاهم عن عملهم، هي افتقارهم لمهارات التواصل، لذلك لا بد من أن يتدرب هؤلاء الأفراد على مهارات التواصل حتى تساعدهم في حياتهم الوظيفية وتحسن مستوى رضاهم عن عملهم (Okun, 1991).

وظائف التواصل:

يستخدم الإنسان نظام الإتصال أو التواصل لتحقيق عدة وظائف:

1. استقبال الرسائل ونقلها والاحتفاظ بالمعلومات.
2. القيام بعمليات على أساس المعلومات المتاحة بهدف اشتقاق نتائج جديدة لم يكن يدركها الفرد مباشرة، وكذلك بهدف إعادة بناء الأحداث السابقة والتنبؤ بالمستقبل.
3. التأثير في العمليات الفسيولوجية داخل الجسم وتعديلها.
4. التأثير في الأشخاص الآخرين والأحداث الخارجية وتوجيه هؤلاء الأشخاص وتلك الأحداث.

عناصر التواصل:

ويشير ديفلر وايفلت (Defliur & Everette, 1986) إلى أن عملية الاتصال تشمل ستة عناصر هي:

1. **المرسل:** الذي يحدد الأفكار والاتجاهات والآراء التي يرغب في إيصالها للآخرين، ثم يقوم بعملية تنظيمها واختيار الأسلوب المناسب للإرسال.
2. **الرسالة:** مجموعة معان يرسلها المرسل إلى المستقبل، وذلك بهدف التأثير في سلوكاته لذلك فإن الرسالة تعتبر محتوى الاتصال.
3. **قناة الاتصال:** مجموعة الرموز التي تنقل المعاني التي تحتويها الرسالة، ويمكن أن تكون لفظية أو غير لفظية مثل الإشارات، حركة اليدين، الإيماءات.
4. **المستقبل:** الطرف الآخر المكمل لدائرة الاتصال، وهو المتلقي للرسالة ويحاول المرسل التأثير فيه.
5. **الفهم المشترك:** عندما لا يتوفر بين المرسل والمستقبل لا توجد عملية اتصال.

6. **التغذية الراجعة:** وتتم عندما يستجيب المستقبل للرسالة ويرد عليها، فهذه العملية توجه سلوك المرسل في المرات القادمة لعملية الاتصال.

ويعني الاتصال كذلك القدرة على الاستماع والانتباه والإدراك والاستجابة اللفظية، وهذه القدرة يمكن أن يتعلمها الناس، بغض النظر عن مستويات تعليمهم وخلفياتهم الاجتماعية أو شخصياتهم فهي مهارات تتطلب التدريب المستمر كسائر المهارات الأخرى (Okun, 1991).

وإتقان التواصل ليس موهبة أوهبة من السماء، بل هو فن ومهارة وخبرة يتعلمها الإنسان بالممارسة كغيرها من الفنون (Ellis, and Crawford, 2000).

وحسب دراسة "اولسون" التي قامت بعملية مسح لمصادر (النجاح في الزواج) أثبتت الدراسة أن أهم عوامل الزواج السعيد هي: الرضا عن أسلوب التواصل، وعن أسلوب مناقشة المشاكل، وإتقان فن التعبير عن الذات، وفن الاستماع لكلا الزوجين، مع الكثير من حسن التفهم بحيث يكون الطرفان على المستوى نفسه، ولهما الفرصة نفسها في إثبات الذات والقيام بالدور المطلوب (Olson & Olson, 2000).

وتقول عارف (2002) أنه إذا ظهر اهتمامنا بالتواصل اللفظي بين الزوجين وعملنا على تحسينه، فإننا نكون قد أسهمنا في تحسين نوعية العلاقة الزوجية والتي ينتج عنها تحسين العلاقات بين الآباء والأبناء، بالإضافة إلى تعليم الأبناء أسلوب تواصل جيد يفيدهم في حياتهم الدراسية، والعملية والأسرية فيما بعد، ولا بد أن يتصف التواصل بالدقة Accuracy in Communication والتي تعني القدرة على تفسير رسالة المرسل كما أراد لها. وحتى يمتاز التواصل بالدقة يجب أن يراعى ما يلي:

1. تجنب الرسائل المزدوجة Double Message حيث الكلمات تعبر عن شيء والسلوكات تعبر عن شيء آخر. أي هناك تناقض بين العناصر اللفظية وغير اللفظية، وفي هذه الحالة قد يعتمد الأفراد على المعلومات غير اللفظية. وتعتبر الرسائل المزدوجة نوعاً من التنافر في التواصل (Watts, 2000).
2. التحدث في صميم الموضوع، أي أن يقول المرء ما يعنيه فعلاً ويتجنب الغموض والطرق غير المباشرة أو العبارات الملتوية.
3. تجنب المبالغة أو الإنقاص عند عرض القضية التي يتحدث فيها. وهي التي تؤكد على ما قيل وتشدد عليه مثل حركة الإبهام.

4. العلاقة التنظيمية Relating- Regulating، وهي دلالات /إشارات يفهم منها الفرد متى يبدأ الكلام ومتى يمتنع عنه.
5. الإبدال Substitution تستعمل بدلاً من الكلمات (سيف الدين، 1996).

خصائص عملية التواصل:

يتم التواصل بخصائص معينة هي:

1. مفهوم العملية: ويقصد به ظاهرة استخدام اللغة، أو أي نظام آخر للرموز لنقل الرسالة بين المرسل والمستقبل، ويشير كذلك إلى ديناميكية التواصل، واستمراره، وتغيره من موقف إلى آخر، وعدم وجود نقطة بداية أو نهاية محددة في التواصل، كذلك التفاعل بين عناصر التواصل بحيث يؤثر كل عنصر بالآخر.
2. التواصل بين الناس: يقوم التواصل على عدة مستويات منها، التواصل بين الفرد ونفسه، والتواصل بين شخص وآخر، والتواصل بين الفرد والجماعة، أو اتصال الفرد بمجموعة من الناس، والتواصل بين مجموعة ومجموعة أخرى من الناس.
3. تفهم التواصل: فالتواصل ليس مجرد إبلاغ الرسالة إلى المستقبل بالتحدث إليه، أو الكتابة، بل أن فهم المستقبل للرسالة يحدد عملية استمرار أو عدم استمرار التواصل.
4. التواصل عملية هادفة: الهدف من التواصل هو الإقناع الذي يخاطب العقل والمشاعر، وهناك أهداف أخرى منها الثقافة والمعرفة وكذلك الترفيه.
5. عمومية التواصل: يتسم التواصل بالعمومية، فهو لا يقتصر على فرد أو فئه معينة دون غيرها (عبد الله، 1993).

مبادئ أساسية للاتصال:

1. التواصل الإنساني: يتميز الإنسان بقدرته على توليد واستخدام الرموز، ومن ثم التواصل لتحقيق أهداف مدروسة، وتنعكس هذه الخصوصية الإنسانية للاتصال على السلوك التواصلي، حيث يتأثر التواصل بالانفعال والوضع الراهن، لذلك من الصعب على الإنسان أن يفصل نفسه أو طبيعته عن التواصل لأن كل خبراتنا وميولنا تشترك في عملية التواصل.

2. التواصل يتضمن علاقة: إن التواصل يتضمن معلومة بين الناس، وهذه المعلومة ليست بالضرورة كلاماً مكتوباً أو مقروءاً، وإنما أحياناً تأخذ شكل الإيماءات والإشارات، فالتواصل يخلق علاقة بين المرسل والمستقبل.

3. التواصل حتمي: إن التواصل يعني التفاعل مع الآخر، لأن حاجاته لا يمكن أن تلبي إلا بالتواصل مع الآخرين، لذلك فإن حتمية التواصل تعني أن الإنسان لا يستطيع إلا أن يتصل.

4. التواصل رمزي: التواصل يكون أحياناً من خلال نقل معاني الرموز التي يستخدمها الناس في أثناء تفاعلهم مع البيئة، ولأن الكلمات التي تستخدمها للتعامل مع الأشياء في البيئة، لا تمثل المعنى الحقيقي لهذه الأشياء لذلك نطلق على هذه الكلمات رموزاً، لأنها تدل على ما يصفه الناس فيها من معانٍ.

5. التواصل متجدد ومتغير: إن كل موقف اتصال يعد إنتاجاً جديداً، فالتواصل لا يمكن إرجاعه إلى الوراء، فهو دائماً متغير ومستمر، لأن الظروف التي تتسبب في حدوث اتصال ما ليست هي الظروف نفسها لاتصال آخر.

وتتضمن مهارات التواصل القدرة على استخدام كل الوسائل المؤثرة، فلا يرتبط ذلك باستخدام اللغة اللفظية فقط، ولا اللغة غير اللفظية أيضاً، بل بالإضافة إلى ذلك، ما يلي:

1. قراءة واستيعاب تجاوب ورد فعل المستقبل.
2. سرعة الاستجابة للرسالة.
3. معرفة اتجاهات ودوافع المستقبل.
4. معرفة طبيعة الموقف التواصلي.
5. الإلمام بفنون التأثير على الآخرين.
6. تلبية اهتمامات المستقبل.

ومن الصفات الأساسية للمرسل الناجح المصداقية، وتعتمد المصداقية على عاملين هما، مدى إلمام المرسل بالموضوع، ومدى خبرته فيه، أما صفات المستقبل الناجح فتتمثل في مدى مشاركة المرسل لانفعالاته ومشاعره، وسرعة تجاوبه ومدى اهتمامه برسالة المرسل، وكل ذلك يعتمد على الموقف التواصلي، ويقصد به جميع العوامل المكونة والمؤثرة في تشكيل الفعل التواصلي، وتلعب الحالة النفسية والجو والمكان الذي يحدث فيه التواصل أثراً بالغاً في نجاح عملية التواصل واستمرارها (حبيب وآخرون، 2004).

مستويات التواصل:

يقسم جون (John) الإطار الذي يحدث فيه التواصل إلى عدة مستويات على النحو التالي:

1. التواصل الذاتي: ويقصد به اتصال الإنسان مع نفسه، ويسميه البعض التفكير الذاتي، وليس اتصالاً، وبغض النظر عن وجهة النظر الذي لا ترى في هذا النوع اتصالاً، إلا أنه يلعب دوراً مهماً

في تشكيل التواصل نظراً لاختلاف ذاتية الإنسان من فرد إلى آخر، مما يجعل التواصل انعكاساً لهذا الاختلاف.

2. التواصل الثنائي: وهو اتصال ذو اتجاهين، يحدث وجهاً لوجه بين فردين، وتؤثر في هذا التواصل حالة الفرد كالغضب والفرح، والألفة، وهذا التواصل أكثر أنواع التواصل استخداماً في العمل والمنزل والشارع وفي كل مكان. وتكمن أهمية هذا التواصل في أنه مصدراً للمعلومات حيث نحصل على 70%- 80% من حجم معلوماتنا من هذا التواصل. وتتكون عناصر هذا التواصل من مرسل، ورسالة، ووسيلة، ومستقبل، وأثر، وتجاوب، ويهدف هذا التواصل إلى تقوية العلاقات بين الأفراد وتلبية حاجات الإنسان، وتكوين علاقات شخصية.

3. التواصل في المؤسسات: يتوقف مدى انجاز الفرد، ورضاه عن وظيفته، على مدى نجاح عملية التواصل داخل عمله في المؤسسة، وتكمن أهمية هذا التواصل إلى معرفة مدى حجم وقوة التجاوب، وردة الفعل بين المستقبل والمرسل ويركز هذا التواصل بسبب تعاونه مع الجمهور على بناء المعلومة إي الرسالة وكيفية إرسالها، أي الاهتمام ببناء إستراتيجية للاتصال، وذلك عن طريق تنمية مهارات التواصل لدى العاملين في المؤسسة (حبيب وآخرون، 2004).

أنواع التواصل الأسري:

أ. التواصل الجيد: يتطلب التواصل الجيد بين عضوين في الأسرة أن يكون أحدهما متكلماً والآخر مستمعاً، وأن يجيد التكلم التعبير عن الرسالة التي يريد توصيلها، حتى يرسلها بصدق وأمانة، وأن يكون المستمع حسن الإنصات دقيق الملاحظة حتى يفهم الرسالة وما تحمله من معان مباشرة أو ضمنية، وهذا يعني أن الإرسال والاستقبال في التواصل الزواجي الأسري الجيد يقوم على وعي كل من الطرفين بالرسالة التي يريد الطرف الآخر توصيلها إليه فيحسن الإنصات إليها، فالتواصل الجيد يتطلب مهارة في التعبير ومهارة في الإنصات.

وتتمتع الأسرة السعيدة بتواصل أكثر وتفاعل أفضل، فهم يتحدثون عن مدى واسع من الموضوعات، ويبدو عليهم المزيد من الفهم لما سمعوه، ويبدون حساسية عالية إزاء مشاعر الطرف الآخر ويدعمون تواصلهم اللفظي بكثير من الإشارات غير اللفظية (Ginsberg & Vogelson, 1997).

وهناك ثلاث نقاط تميز سلوك التواصل الفعال بين الأفراد هي: تبادل رسائل واضحة ومباشرة. والاستماع الفعال والتعبير اللفظي عن الاحترام أو التقدير من الطرف الآخر (Jones & Wallois, 1989).

ب. التواصل المضطرب: في حين أن التواصل اللفظي مهم في فهم اتجاهات وسلوك الطرف الآخر فإن التواصل اللفظي الخطأ أو المضطرب يعد مصدراً للمشاكل الزوجية فالزوجان غير السعيدين كثيراً ما يعقدان مشاكلهما عن طريق التواصل اللفظي الخطأ، كأن يعبران عن مشاعرهما بشكل غير مباشر وغامض ولا ينقلان إلى بعضهما رسائل واضحة ومكتملة وقوية بشكل كاف، كما يفشلان في الحصول على تغذية مرتدة من بعضهما البعض.

ويكثر في الأسرة مشكلة التواصل غير اللفظي والذي يدور حول الأوامر الانفعالية اللاشعورية دون الاهتمام بالرسائل اللفظية، أما اللجوء إلى الرسائل المقنعة المخفاة فغالباً ما يكون مدفوعاً بالخوف من فقدان الحب حتى لو أدى ذلك إلى زيادة الاضطراب في التفاعلات الأسرية، إذ أنه كلما كانت الرسائل غير واضحة زاد التوتر داخل الأسرة، واضطراب عملية التواصل لا يعكس فقط اضطرابات العلاقة الأسرية بل ويسهم في وجودها، حيث يظهر التواصل عديم المعنى بين أفراد الأسرة المضطربة (كفافي، 1999).

وهكذا يتضح لنا أن التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي فإن له وظيفة ودور هام جداً في العلاقات والتفاعلات الأسرية سواء أكان في نقل الأفكار أم في نقل المشاعر والوجدان، كما أن اضطراب هذا التواصل يؤثر في القدرة على حل المشكلات، أو المشاركة في الاهتمامات والأنشطة والأدوار التي يلعبها كل فرد في الأسرة، وعلى العلاقة الجنسية بين الزوجين، بل قد يتسبب مع عوامل أخرى في ظهور اضطرابات نفسية لدى أحد الزوجين أو كليهما أو أحد أفراد الأسرة (مؤمن، 2000).

إن نمط التواصل ونوعيته داخل الأسرة له دور كبير وأساسي في توازن الأسرة، وكلما كان التواصل واضحاً ومحدداً وحسب الأدوار وفي ظل قواعد أسرية مرنة كانت الأسرة صحيحة سليمة نفسياً. أما إذا كان العكس فإن أعضاء الأسرة قد يتعرضون للاضطرابات والأمراض النفسية (كفاني، 1999).

وقد شهد ميدان التواصل طفرة من التقدم سواء من حيث التنظير أو البحث، وقد يعزى ذلك إلى تعدد استخدامات مصطلح "التواصل" وإلى الاهتمام المتزايد بالبحوث فيه من جانب أنظمة علمية متعددة.

معوقات التواصل عند أسر الفصاميين:

تعترض عملية التواصل بعض المعوقات التي تعمل على تشتيت المعلومات وتشويهها فتحد من فعاليتها وهذه المعوقات هي:

1. المعوقات الشخصية: ويسميها البعض بالمعوقات النفسية، ويقصد به مجموعة المؤثرات التي ترجع إلى المرسل والمستقبل في عملية التواصل، وتحدث فيها أثراً عكسياً، وتعتبر من أخطر المعوقات فقد تكون ذاتية المصدر من المرسل أو المستقبل، وتتمثل المعوقات الشخصية في تباين الإدراك، والاتجاهات السلبية وضعف مهارات التواصل، وتشويه المعلومات، وسوء العلاقات بين الأفراد.

2. المعوقات التنظيمية: وتتمثل في عدم وجود هيكل تنظيمي للمؤسسة، مما يؤدي إلى تداخل وتشوش عملية التواصل مما يجعل نظام أي مؤسسة يعتمد على التواصل غير المباشر، وهذا يؤدي بالتالي إلى عدم وضوح الاختصاصات، والمسؤوليات لدى الأفراد، وكذلك ينعكس ذلك على التداخل بين عملية التنفيذ والاستشارات بين الأفراد.

3. المعوقات البيئية: ويقصد بها مجموعة من المشاكل التي تحد من فاعلية التواصل، والتي ترجع إلى مجموعة من العوامل التي توجد في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد سواء داخل العمل أو خارجه، وهذه المشكلات هي مشكلة الألفاظ، واختلاف مدلولاتها بين الأفراد، حيث تحمل بعض الكلمات أكثر من معنى، وتسبب في تشوش التواصل. فالتواصل الناجح يركز على الفكرة، وليس على الكلمة، كذلك يلعب الموقع الجغرافي دوراً في عملية التواصل، ويمكن الإشارة هنا إلى أن عدم كفاية أدوات التواصل، وافتقار العاملين إلى أي نشاط اجتماعي داخل المؤسسة، يضعف عملية التواصل فيما بينهم (عبد الوهاب، 1988).

- **التكيف Adoption:**

يرجع مصطلح التكيف في الأصل، إلى المفهوم البيولوجي للمواءمة كما حددته نظرية داروين، المعروفة بنظرية النشوء والارتقاء، والتي يشير فيها إلى أن الكائن الحي يحاول أن يوائم نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه من أجل البقاء (جبل، 2000).

وقد استعار علماء النفس المفهوم البيولوجي عن المواءمة واستخدموه تحت اسم التكيف، واهتم علماء النفس بالبقاء السيكولوجي أكثر من البقاء البيولوجي (فهمي، 1995).

التكيف والصحة النفسية:

إن الصحة النفسية والتكيف مفهومان يشيران إلى المظاهر نفسها فالصحة النفسية هي تعبير عن التكيف، وهي الواقع الحركي النشط لحياة الفرد النفسية في تفاعلها مع محيطها، وعن التكيف وعلاقته بمفهوم الصحة النفسية ذكر Sowrey & Telford أن الصحة النفسية عبارة عن تكيف مستمر، لا حالة ثابتة وهي هدف دائم ضروري وأساسي في نمو الشخصية السوية، وأنها حالة إيجابية تشمل الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، وهذه الجوانب متكاملة نامية خلال عملية

التكيف، وأن الصحة النفسية عملية تكيف ترمي لإيصال الفرد لأعلى مراتب تحقيق الذات (جبريل وحمدي وداوود وأبو طالب، 1992).

التكيف والتوافق:

هناك من اعتبر التكيف والتوافق كلمتين مترادفتين (الكبيسي، 1988؛ ونصر الدين، 2001)، والبعض الآخر ربط التكيف بالجوانب الحسية والجسمية عند الكائن الحي بصورة أكبر، بينما ربط التوافق بالجوانب الاجتماعية (علاء الدين، 1999).

وفيما يلي سنستعرض دلالة هذا المفهوم في علم النفس، فقد عرفه رزوق (1979) في موسوعة علم النفس بأنه تلك العملية التي يقتبس فيها الفرد نمط السلوك الملائم للبيئة، أو للمتغيرات البيئية، وبالنسبة لسلوك الفرد هو التغير الذي يطرأ تبعاً لضرورات التفاعل الاجتماعي، واستجابة لحاجة المرء إلى الانسجام مع مجتمعه، ومسايرة العادات والتقاليد الاجتماعية التي تسود هذا المجتمع.

وعرفته الموسوعة البريطانية بأنه العملية السلوكية التي تمثل حالة الانسجام والتوازن فيما بين متطلبات الفرد وحاجاته، ومتطلبات البيئة التي يعيش فيها (الكبيسي، 1988)، وعرف مولي Muolly التكيف بأنه العملية التي بواسطتها يحاول الفرد أن يحافظ على مستوى من التوازن النفسي والفسيولوجي، وهذا التوازن يرجع إلى السلوك الموجه نحو تخفيض التوتر، وهذا يتضمن حالة من العلاقة الإيجابية بين الفرد وبيئته (جبريل وزملاؤه، 1992).

فهو عملية مستمرة يهدف بها الفرد للتغيير من سلوكه، أو بنائه النفسي، ليحدث علاقة أكثر إيجابية بينه وبين نفسه من جهة وبينه وبين بيئته من جهة أخرى (الرفاعي، 1987)، فعملية التكيف كما يراها سعد جلال، تتمثل في سعي الفرد المتواصل لتلبية مطالبه، والاستجابة لمطالب البيئة المحيطة، وللتغيرات التي تحدث فيها، كما تتمثل في سعي الفرد للتوفيق بين مطالبه وحاجاته، وبين شروط بيئته وضغوطاتها، وفي سعيه لتوفير نوع من التوازن بينه وبين البيئة، لما كان الإنسان في عملية تفاعل مستمر مع محيطه المادي والاجتماعي، وهذا التفاعل عملية نشطة ديناميكية؛ فإن المحافظة على التوازن، أو إعادة الفرد إلى التوازن عند حدوث خلل هو هدف عملية التكيف، عبر إشباع مطالب نمو الفرد وحاجاته وتخفيف التوتر لديه (جبريل وزملاؤه، 1992)، ويرى Allen، أن التكيف في علم النفس يشير إلى فهم الإنسان لسلوكه وأفكاره ومشاعره، بدرجة تسمح برسم الاستراتيجيات لمواجهة ضغوط ومطالب الحياة اليومية (حطاب، 2002). وقد ذكر فهمي (1995)، أن عملية التكيف تشتمل على بعدين، الأول التكيف الشخصي: ويمثل هذا البعد الجانب النفسي وهو جانب ذاتي يتعلق بشخصية الفرد وذاته، والثاني التكيف الاجتماعي: ويمثل هذا البعد الجانب

الاجتماعي الذي يمثل في التفاعل الاجتماعي، وطبيعة العلاقة بين الفرد والآخرين، والتفاعل موجود بين البعدين، فالتكيف في مجال معين يكون له صداه وأثره في جميع المجالات الأخرى، فالإنسان وحدة نفسية اجتماعية، إن اضطرب جانب منها اضطربت سائر الجوانب.

نظريات التكيف النفسي:

- **نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Approach**:

رأى فرويد أن الإنسان المتمتع بالتكيف النفسي هو القادر على إحداث التوافق بين مكونات الشخصية المختلفة (الهو، الأنا، الأنا الأعلى) وبين مطالب الواقع الذي يعيش فيه من خلال القدرة على حل الصراع الذي يحدث بين تلك الأجهزة (الليل، 2002)، وأن أي خلل ما بين مكونات الشخصية سينعكس سلباً على قدرته التكيفية وسوف يواجه حالة من التوتر النفسي، الذي يمكن علاجه فقط إذا استطاع الفرد أن يوازن ما بين متطلباته الداخلية وبين متطلبات الواقع بما يمثله من المعايير والقيم الاجتماعية والخلقية.

- **نظرية العلاج المتمركز حول الفرد:**

يرى روجرز أن الإنسان له قدرة على إدراك ذاته وكل فرد يعيش في عالم خاص من خبراته ويستجيب الفرد للمواقف المختلفة في ضوء إدراكه لذاته ولعالمه وأن الطريق لتحقيق الذات يمر عبر مفهوم الذات لدى الإنسان، وإذا كان مفهوم الذات إيجابياً كان الفرد متكيفاً وأن البشر بطبيعتهم متكيفون متعاونون وعقلانيون ويتجهون للأمام ولديهم إمكانية في تجاوز العوامل التي تحد من تكيفهم وبالتالي يميلون إلى التكيف والذي يراه روجرز أنه ميل إلى تحقيق الذات Self Actualization (العناني، 2005).

- **نظرية العلاج السلوكي:**

اتجهت المدرسة السلوكية إلى النظر للتكيف من زاوية قدرة الفرد على اكتساب العادات الفعالة والجيدة والتي تساعد على التعامل مع الآخرين والتصدي للمواقف والقدرة على اتخاذ القرارات المناسبة، الإنسان يقوم بسلوك معين لأنه تعلم عبر خبرات سابقة في أن يربط في هذا السلوك والمكافآت، في حين يتوقف الإنسان عن ممارسة سلوك معين لعدم حصوله على المكافأة أو لمعاقبته عن هذا السلوك لذلك فكل أنواع السلوك متعلمة، والذين لديهم تكيف حسن هم أولئك الذين تعلموا سلوكات تساعدهم على التعامل بنجاح مع مطالب الحياة.

- **نظرية العلاج المعرفي Cognitive Therapy:**

يرى المعرفيون أن التكيف يعتمد على الطريقة التي يفسر بها الأفراد الحوادث وكيفية تقييمها في البيئة، كما يرون أن زيادة الإحساس بالفاعلية الذاتية يسهم في تعزيز تكيفنا النفسي والجسدي، فالفرد المتكيف يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من الحفاظ على الأمل كما يستخدم مهارات مناسبة في حل المشكلات ولديه إستراتيجية معرفية مناسبة في مواجهة القلق النفسي، أما الفرد الذي لا يتمتع بالتكيف فهو الذي يفقد الأمل ويشعر بالعجز ولا يتمكن من الاستجابة بفاعلية لمطالب البيئة ويعجز عن استخدام إستراتيجية معرفية مناسبة في مواجهة القلق النفسي.

- **نظرية العلاج الواقعي Reality Therapy:**

يعتقد جلاسر المشار إليه في شارف (Sharf, 1996) أن الإنسان المتكيف يركز على السلوك بدلاً من المشاعر، ويركز على الحاضر بدلاً من المستقبل، ويتحمل المسؤولية، وأنه قادر على الوصول إلى الاستقلالية الذاتية، وقادر على إشباع حاجاته بنفسه وبأسلوب يتيح للآخرين إشباع حاجاتهم أيضاً، والمتكيف لديه القدرة على الاختيار والاندماج مع الآخرين، ويواجه الواقع ويصدر أحكاماً قيمة مناسبة حول ما يحدث معه، ومن الأساليب المتبعة في هذه النظرية الإرشاد باستخدام القراءة، وتعتمد هذه الطريقة على استخدام الكتب والمؤلفات المختلفة في مساعدة المسترشد على مواجهة مشكلته (الداهري، 2005).

- **نظرية العلاج الوجودي Existential Therapy:**

يرى الوجوديون أن الإنسان المتكيف هو الشخص الحر والمسؤول والذي لديه قدرة على التبصر، ويستطيع الإجابة عن أسئلة معينة أثناء بحثه عن المعنى وهي: (من أنا؟ ماذا أريد من الحياة؟ كيف أستطيع أن أعطي حياتي هدفاً؟ من أين تأتي مصادر المعنى لحياتي؟)، كما أن الإنسان المتكيف يعطي للحياة معنى، ويكون مسؤولاً حتى عن وجوده (Sharf, 1996).

ويشير فليتشر (Fletsher, 1992) المشار إليه في (الخواجا، 2002)، إلى أن ممارسة الاختلال لشتى أنواع الضغط السياسي، يؤدي بالضرورة إلى سوء التكيف وبالتالي الحد من مفهوم الصحة النفسية، على اعتبار أنها حالات توتر غير عادية من الصعب تجاوزها من قبل الفرد لوحده ومن غير مساعدة، وأن معظم الأفراد لديهم ردود فعل للعوامل الضاغطة تتمثل في ظهور استجابات غير تكيفية، يمكن أن تؤدي بدورها إلى أعراض جسمية وانفعالية كالألم والقلق والإحباط.

والصحة النفسية تتحقق بأساليب متنوعة مثل الأسلوب العلاجي أو الأسلوب الوقائي الذي يستهدف تجنب المرض أو الأسلوب الإيجابي الذي يستهدف تمتع الفرد بالصحة والحيوية والنشاط مع ملاحظة أن هذه الأساليب غير مستقلة تماماً وإنما متداخلة، لذلك يشار إلى الصحة النفسية بأنها التوافق أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الإنسان وفي حالة الأزمات النفسية غير العادية يعاني الفرد صراعات نفسية قد تكون حادة وهنا يتطلب تدخل الإرشاد النفسي لتقديم المساعدة، وهنا تتضح أهمية الجهود التي تبذل في البحث والاستقصاء عن أسباب الأمراض والعلل النفسية والعقلية أو الجسمية أو أسباب الاضطرابات الأخلاقية والسلوكية، والحد من مسببات القلق والعمل على إزالتها وذلك من خلال رسم البرامج اللازمة للوقاية والعلاج (عبد المعطي، 2003)، والقلق النفسي يعتبر من الظواهر النفسية الخطيرة وذلك لما له من آثار مباشرة سيئة على حدوث خلل في الوظائف النفسية والجسمية، باعتباره محور الحاجات العصابية، والقوة الدافعة في مختلف الأمراض النفسية (الصفطي، 2000).

- **مظاهر التكيف:**

وقد ذكر نصر الدين (2001) ثلاثة مظاهر لكل من بعدي التكيف: الشخصي، والاجتماعي، وهي على النحو التالي:

مظاهر التكيف الشخصي: الشعور بتقدير الذات والابتعاد عن العزلة والانطواء والاستقرار الانفعالي.

مظاهر التكيف الاجتماعي: النضج الاجتماعي، والتحرر من الميول المضادة للمجتمع، والعلاقات مع البيئة المحلية.

ومن المظاهر الدالة على التكيف أيضاً:

الراحة النفسية: ولا تعني عدم مواجهة الفرد أي عقبات، ولكن تعني الراحة المترتبة على الشعور بالقدرة على مواجهة هذه العقبات حال وقوعها، والكفاية في العمل، فقدرة الأفراد على العمل والإنتاج والكفاية فيهما، وفق ما تسمح به قدراتهم ومهاراتهم من أهم دلائل التكيف، كما أن تقبل الذات وللآخرين، واتخاذ أهداف واقعية، والقدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية، والقدرة على تكوين علاقات مبنية على الثقة المتبادلة، والشعور بالسعادة كلها مظاهر دالة على التكيف كذلك (فهمي، 1995).

التكيف والمدارس النفسية: تفترض المدرسة التحليلية باختلاف منظريها أن هناك مراحل نمائية محددة على الفرد أن يمر بها بسلام ليحقق التكيف النفسي الإيجابي، وهي تربط بين أسلوب التعامل مع الطفل ونموه وتكيفه (Snow, 1998)، فأساليب التنشئة الاجتماعية على درجة

كبيرة من الأهمية في نمو شخصية الطفل بحيث يتجاوز مشاعر النقص ويحقق التكيف (جبريل وزملاؤه، 1992)، والشخص حسن التكيف من وجهة نظر فرويد هو الذي تكون الأنا عنده بمثابة المدير المنفذ للشخصية، والمنظمة لحركة التفاعل مع العالم الخارجي، تفاعلاً تراعى فيه مصلحة الشخصية، وحاجاتها مع مراعاة القيم والمعايير والأخلاق، بحيث تقوم الأنا بالتوفيق بين مطالب الهو والبيئة الخارجية، مع اعتبار لأوامر الأنا الأعلى، فإذا عجزت الأنا عن التوفيق نشأ الصراع النفسي (Sharf, 1996)، وتجدر الإشارة إلى أن تصور فرويد للطبيعة الإنسانية يترك إمكانية محدودة للتكيف النفسي الإيجابي لدى الإنسان، حيث يرى أن سلوك الإنسان مدفوع بدوافع لا شعورية، وأنه في صراع دائم بين دوافع لا يقبلها المجتمع ومطالب يفرضها المجتمع (جبريل وزملاؤه، 1992).

والتكيف وفق النظرية السلوكية، وانطلاقاً من الفرضية الأساسية لهذه النظرية أن السلوك متعلم، وأن شخصية الفرد تتطور خلال عمليات التعلم والنضج، وتؤكد هذه الرؤية على أهمية العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد في حياته، وتنظر السلوكية للفرد على أنه تنظيم معين من عادات اكتسبها أو تعلمها، والتكيف يكون باكتساب الفرد عادات مناسبة وفعالة تساعده في التعامل مع الآخرين وفي مواجهة المواقف التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات (عبد الغفار، 1976).

ويرى Maslow أن التكيف يتحقق إذا حقق الفرد حاجاته الأساسية الفسيولوجية مثل الحاجة إلى الطعام والشراب، وحاجاته النفسية، والتي هي الحاجة إلى تقدير الذات، والحاجة للانتماء، والحب، وحاجات تحقيق الذات بصورة سوية، وأن يكون لدى الفرد إدراك جيد للحقيقة، وشعور بالأمن النفسي وقبول للذات والآخرين (جبريل وزملاؤه، 1992). وحظ الفرد عند Maslow من التكيف يمكن أن يتحدد على ضوء مدى معرفة الفرد لنفسه بما تتضمنه من إمكانات واستعدادات، ومعرفة الفرد لماهية الأهداف التي يسعى لتحقيقها في الحياة، وما الأمور التي يحبها والتي لا يحبها، ومعرفة الفرد لكيفية تحقيق الخير لنفسه وللآخرين من حوله (إسماعيل، 2001).

أما النظرية المعرفية فترى أن التكيف يعتمد على الطريقة التي يفسر بها الأفراد ويقيمون الحوادث في البيئة، وترى أن زيادة الإحساس بالفاعلية الذاتية يسهم في تعزيز صحتنا النفسية والجسدية، فالذي لديه صحة نفسية جيدة يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة على الأمل، واستخدام مهارات مناسبة في حل المشكلات، ويستخدم استراتيجيات معرفية مناسبة في مواجهة الضغوط النفسية (جبريل وزملاؤه، 1992).

ثانياً: الدراسات السابقة

أجرى شين Chien (2008) دراسة بعنوان "فعالية برنامج التثقيف النفسي ومجموعة الدعم المتبادل للأسر التي لديها مريض فصام في الصين". وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية هذا البرنامج في تحسين الدعم المقدم للأسر التي لديها مريض فصام في الصين، وقد تكونت عينة الدراسة من (68) أسرة لديها مريض فصام وتم تقسيم هذه الأسر إلى مجموعتين تتكون كل مجموعة من (34) أسرة بحيث تخضع المجموعة الأولى لبرنامج التثقيف النفسي أما المجموعة الثانية فتتلاقى الرعاية الروتينية وقد استمر تطبيق البرنامج مدة تسع أشهر.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن التحليل البعدي (بعد شهر من انتهاء البرنامج) وتحليل المتابعة (بعد سنة من انتهاء البرنامج) أظهر وجود تحسن ملحوظ في وظائف الأسرة كما أدى البرنامج إلى انخفاض في معدل الانتكاسة ومدة مكوث المريض في المستشفى في الصين.

وأجرى قاسمي وصدولحي ومالك Ghassemi, Assadulahi, and Mallik (2005) دراسة بعنوان "أثر برنامج تثقيفي نفسي في تعزيز الأداء الاجتماعي والأسري عند أسر المرضى الفصاميين". وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أثر البرنامج في تعزيز الأداء الاجتماعي والأسري عند أسر مرضى الفصام، وقد تكونت عينة الدراسة من (174) فصامياً وتم استخدام تصميم سلمون التجريبي حيث تم توزيع أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطتين بحيث يتعرف أفراد المجموعتين التجريبيتين للبرنامج التثقيفي لمدة خمسة عشر أسبوعاً ولمدة ستة أشهر.

وقد تم استخدام بطاريات في الاختبارات للتأكد من مهارة تعامل الأسرة مع السلوكات اللفظية وغير اللفظية عند المريض، وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

1 - تبين وجود تغيرات سلوكية معرفية عند المجموعتين التجريبيتين أدت إلى زيادة قدرتهم في التعامل مع مريض الفصام بطريقة إيجابية.

2 - أن استخدام برنامج تثقيف الأسر يمكن أن يحقق تغيرات مرغوب فيها في ديناميات الأسرة وتحسن من الاضطرابات النفسية.

وأجرى بيرجلوند وفيهلن وإيدمن Berglund, Vahlne, and Edman (2003) دراسة بعنوان "تأثير التدخل الأسري في التقرير الذاتي للأعباء عند أسر مرضى الفصام".

وقد هدفت الدراسة للكشف عن تأثير العلاج التثقيفي النفسي الأسري على الأعباء التي يعاني منها الأسر التي لديها مريض بالفصام.

وقد تكونت عينة الدراسة من (31) أسرة لديها مريض يعاني من الفصام، وقد طبق برنامج تدخل تثقيفي نفسي في العلاج الأسري السلوكي على (14) أسرة أما باقي الأسر فتلقت الدعم الأسري التقليدي.

وقد استخدم في الدراسة مقياس فالون للضغوط ومقياس التوجه نحو الرعاية المستمرة لمريض الفصام. وقد توصلت الدراسة إلى أن التقرير الذاتي عن أعباء الأسرة في مجموعة العلاج الأسري السلوكي أقل بكثير عند إخراج المريض مقارنة مع الأسر الأخرى، وبعد المتابعة تبين وجود مريض واحد من أسر العلاج الأسري السلوكي قد أصابته انتكاسه مقابل (13) مريض في الأسر الأخرى، كما كانت جرعات الدواء ومضادات الذهان أقل بكثير، كما أظهرت نتائج الدراسة أن تعريض الأسر التي لديها مريض فصام للبرنامج يزيد من التوجهات للأسر نحو رعاية المريض بشكل إيجابي.

وفي دراسة أخرى لمنتيرو وآخرين (2001) Montero, Asencio, Hernandez, Masanet, Lacruz, BeUver, Iborra, and Ruiz بعنوان "المقارنة بين أسلوبين علاجيين هما (مجموعة الأقارب RG) و(العلاج الأسري السلوكي BFT)"، هدفت الدراسة إلى إجراء المقارنة بين أسلوبين من أساليب العلاج الأسري وذلك للوقوف على مدى فاعلية هاذين العلاجين.

وقد تكونت عينة الدراسة من (87) حالة في مدينة فلانسيا في اسبانيا، وقد طبق أسلوب مجموعة الأقارب (RG) والعلاج الأسري السلوكي (BET).

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

1 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في معدل الانتكاس بين الأسلوبين العلاجيين.

2 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الوظائف الاجتماعية ومقدار الجرعة في الأدوية الذهنية والضلالات واضطراب التفكير حيث كان التحسن لصالح أسلوب العلاج الأسري السلوكي.

وقد أوصت الدراسة بضرورة تطبيق هذه الأساليب في البيئات العلاجية في منطقة الشرق الأوسط.

وأجرى الرخاوي (2002) دراسة حول الأعراض الإكلينيكية والاضطرابات النفسية لدى أطفال الآباء الفصاميين. وقد كان الهدف منها الكشف عن الأعراض الإكلينيكية عند أبناء الآباء الفصاميين.

وقد أجريت الدراسة على أطفال من عمر 8 إلى 14 سنة، وقد صمم استبيان خاص لقياس الأعراض الإكلينيكية عند الأطفال، كما أجريت عليه معاملات الصدق والثبات، وتكونت عينة الدراسة

من عينة تجريبية ضمت 29 طفلاً من آباء فصاميين وأخرى ضابطة تكونت من 41 طفلاً من آباء أسوياء.

أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين أبناء الآباء الفصاميين وبين أبناء الآباء الأسوياء في أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه وفي أعراض صعوبات التعلم، كذلك أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث داخل المجموعة التجريبية، حيث كان الذكور أكثر ارتفاعاً بشكل دال إحصائياً عن الإناث في أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه وأعراض اضطرابات الأكل وفي أعراض رفض المدرسة، وأخيراً أظهرت الدراسة تبايناً واضحاً في شكل الصفحة النفسية بين المجموعتين حيث كانت توزيع الأعراض النفسية وترابطاتها مختلفاً بشكل واضح في المجموعة التجريبية عن ذلك في المجموعة الضابطة، مما يرجح اضطرابات في ردود أفعال الأطفال تجاه مرض الأب والذي قد يتفاعل بدوره مع عوامل النمو النفسية، ويحتاج هذا إلى مزيد من البحث والدراسة.

وهدفت دراسة ميرسون وزملاؤه (2002) Meyerson, Long, Miranda& Marx ، بعنوان تأثير الإساءة الجنسية والجسدية والبيئة العائلية والجنس على تكيف المراهق للتعرف على أثر الإساءة، والبيئة الأسرية من حيث تكامل الأدوار أو الصراع داخل الأسرة، وجنس المراهق، على تكيف عينة الدراسة، وأظهرت النتائج من خلال تقييم تاريخ الإساءة وتقييم التكيف لدى المراهقين، وجود علاقة سلبية بين متغيرات الإساءة والتكيف.

كما قام كوغان (2005) Kogan بدراسة حول دور الكشف عن الإساءة الجنسية للطفل على تكيفه كمراهق، والتي هدفت للتعرف على دور وأهمية الكشف عن الإساءة للأطفال، وتوعيتهم بها على تكيفهم، حيث بلغت عينة الدراسة 111 طفلاً من أطفال المركز الوطني للمراهقين في جورجيا في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد أظهرت النتائج أهمية الكشف عن الإساءة الجنسية، وأهمية توعية المراهقين بمؤشرات الإساءة، في التقليل من احتمالية وقوعهم ضحايا للإساءة مرة أخرى، وفي تخفيف تأثير الإساءة على تكيفهم.

كما قامت آن Ann(1996) بدراسة حول الإرشاد الأسري السلوكي مع الطفل المشخص باضطراب المسلك. في هذه الدراسة افترض الباحث أن استخدام الإرشاد الأسري السلوكي مع الطفل المشخص باضطراب المسلك، سوف يحسن من وضع الطفل في الأسرة. وموضوع الدراسة، طفلة عمرها (14) عاماً مشخصة باضطراب المسلك ولديها تاريخ من التنقل في دور الإيواء، والمعالجة كانت باستخدام الإرشاد الأسري السلوكي مقترنا بالإرشاد السلوكي الفردي المكثف. تم تطبيق الإرشاد

الفردي على الطفلة مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعيا لفترة زمنية تزيد على ثلاثة أشهر. وأعضاء الفريق في الدار تمت مقابلتهم مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعيا.

تم استخدام الخط القاعدي على مشكلتين سلوكيتين أديتا لتنقل الطفلة في دور الإيواء. تم استخدام نظام التعزيز الرمزي حيث كانت تتلقى التعزيز في حال عدم ظهور السلوكات المشكلة كانت المعالجة ناجحة حيث تم نقل الطفلة إلى دار إيواء اقل صرامة ومن ثم إلى دار رعاية.

كما أجرى نذرلاندز Netherlands (1997) دراسة حول مدى فاعلية أساليب الإرشاد الأسري السلوكي على أطفال يعانون من أعراض اكتئاب ومشاكل سلوكية.

وشارك في الدراسة (49) أسرة وزعت عشوائيا على مجموعتين إرشاد اسري سلوكي أو إرشاد في استراتيجيات التعامل الأسري لفترة (8-12) أسبوع بمقياس قبلي وبعدي.

أظهرت النتائج أن كلا المجموعتين أظهرت نتائج متساوية في خفض تقرير الوالدين على المشاكل السلوكية والاكتئاب عند الأطفال بالإضافة إلى خفض اكتئاب الأم.

كما وجدت علاقات ذات دلالة بين مستويات القياس القبلي للاكتئاب عند الأطفال بحسب تقرير الأم والتقرير الذاتي للأمهات عن الاكتئاب لديهن، التوتر النفسي ومستوى عدم الارتياح البينشخصي. وهذه النتائج تقترح أن الإرشاد الأسري المتمركز على الطفل قد يكون ذو فاعلية على الأعراض السلوكية والاكتئاب.

وأجرى ريتش وآخرون Riesch, Henriques & Chanchong (2003) دراسة هدفت إلى معرفة تأثير التدريب على مهارات الاتصال للآباء والمراهقين الذين يعانون من مشكلات أسرية، وقد تكونت عينة الدراسة من (37) من الآباء والأمهات والمراهقين، شاركوا في برنامج تدريب على مهارات الاتصال، واستمر تطبيق البرنامج لمدة (6) أسابيع، بمعدل ساعتين أسبوعياً، وقد تمت مقارنة عينة الدراسة مع مجموعة ضابطة تكونت من (47) من الآباء والمراهقين الذين يعانون من مشكلات أسرية، إلا أنهم لم يخضعوا للتدريب على مهارات الاتصال، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود تغيير ذي دلالة لدى الآباء والمراهقين في تفاعلهم، بينما أشارت النتائج إلى تحسن ذي دلالة عند الأمهات اللائي شاركن في البرنامج التدريبي، حيث أصبحن أكثر تكيفاً ودفئاً في علاقتهن بأبنائهن مقارنة بالأمهات في المجموعة الضابطة.

كما قام برلسون ودنتال Burleson & Dental (1997) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين مهارات الاتصال والتفاعل الأسري، وتكونت عينة الدراسة من (60) أماً وأباً، وقد تم تعريضهم لبرنامج تدريبي لمهارات الاتصال، لمدة ثمانية أسابيع، وأشارت النتائج إلى أن التدريب على مهارات

الاتصال كان له تأثير واضح في خفض مستوى المشكلات الأسرية، وتحسين مستوى التفاعل الأسري وأنه لا توجد فروق ذات دلالة على الأبناء في استخدام الوالدين لمهارات الاتصال، وأشارت النتائج كذلك إلى أن مستوى التفاعل الأسري يعتمد على مستوى دافعية الوالدين لاستخدام مهارات الاتصال ولا يعتمد على المستوى التعليمي أو المهني للوالدين.

وأجرى كانون وزملاؤه (Cannon, Bearden, and others (2000 دراسة تتبعية لأقارب الفصاميين وللمرضى أنفسهم.

وفي أثناء الدراسة قام الباحثون بتتبع 72 مريضاً تراوحت تشخيصاتهم ما بين اضطراب الفصام واضطراب الفصام الوجداني، كما قام الباحثون بفحص ومتابعة 63 فرداً من أخوة وأقارب المرضى الذين لم يحصل أي منهم على تشخيص الفصام سابقاً.وقد تم تشخيص المرضى وفقاً لمحكات دليل التشخيص والإحصاء الرابع DSM IV، أما أقارب المرضى فلم يحصل أي منهم على تشخيص الفصام بينما كان لدى 7 منهم تاريخ علاج نفسي سابق (أحدهم كان مصاباً باضطراب الذهان غير المعين، والثاني مصاب بالتأخر العقلي، والخمس الآخرون كانوا مصابين باضطرابات وجدانية واضطرابات القلق)، كما كان هناك 56 فرداً لم يكن لديهم أي تاريخ مرضي أو علاج نفسي سابق، وقد تم متابعة جميع الأخوة والأقارب المشاركين في العينة بداية من سن أربع سنوات وحتى سن سبع سنوات، وذلك من خلال مراجعة ومتابعة السجلات الصحية النمائية الخاصة بهم، كما تم تتبع مجموعة المرضى بالأسلوب ذاته. كان التقييم المعرفي لجميع أفراد العينة يتم باستخدام مقياس ستانفورد بينيه لقياس الذكاء، وكذلك باستخدام 7 اختبارات فرعية من العشر اختبارات المكونة لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- إن الخلل في الوظائف المعرفية قد ظهر بشكل دال عند الفصاميين قبل إصابتهم بالاضطراب، وقد أظهر هؤلاء المرضى وهم في مرحلة الطفولة أعراضاً ودلالات تشير إلى مخاطر واحتمالات منذرة بالإصابة بمرض الفصام في سن تراوح بين 10 – 15 سنة، وتشير هذه النتيجة إلى أن هؤلاء الأطفال – وقبل حصولهم على تشخيص الفصام- لم يستطيعوا أبداً إنجاز ما كان يجب أن ينجزوه من مهام معرفية من سن 4 إلى 7 سنوات، بينما لم تظهر هذه النتيجة في عينة الأسوياء.
- إن هذا الخلل في الوظائف المعرفية قد ظهر كذلك في أقارب وأخوة الفصاميين، والذين لم يحصلوا على تشخيص الفصام وذلك في سن تراوح بين 4- 7 سنوات.

وقام تاريار وزملاؤه (Tarrier et al. (1994 بدراسة لمشروع سلفورد للتدخل الأسري السلوكي، حيث اهتم هذا المشروع بالآثار البعيدة المدى للتدخل الأسري السلوكي على انتكاس مرضى الفصام. وقد كان عدد المشاركين في تجربة التدخل الأسري السلوكي 40 مريضاً فصامياً ممن لم تحدث لهم انتكاسة خلال سنتين بعد خروجهم من المستشفى. وقد تم اختيارهم من خلال ملاحظة الحالات ومن سجلات المستشفى، بهدف تقييم فترة المتابعة في السنتين الخامسة والثامنة بعد خروجهم من المستشفى. وقد كشفت النتائج أن التدخل الأسري والتدخل السلوكي لهما نتائج إيجابية كبيرة في التقليل من عودة المرض، وتتسق نتائج هذه الدراسة مع ما أشار إليه تاريار وزملاؤه (Tarrier et al. (1995 في دراسة أخرى لهم، أشاروا خلالها إلى أهمية التداخل بين العامل الصحي والبيئي في دراسة أسباب الفصام، وأنه من الأهمية أن يركز التدخل الأسري على تكيف اعتقادات الأقارب على المستويات العاطفية والمعرفية، بل أنهم وجدوا أن أساليب العلاج السلوكي المعرفي من المحتمل أن تكون استراتيجية فعالة للتدخل.

كما قام شامبون وماريي (Chambon & Marie (1993 بدراسة اهتمت بمراجعة تطور مفهوم الانفعالات المعبر عنها Expressed Emotion بإعتباره عاملاً توكيدياً مهماً ومتداخلاً، كما تم وصف الأدوات المختلفة التي استخدمت لتقييم الانفعالات المعبر عنها، وقد انتهت نتائج الدراسة بتوضيح العلاقة بين الانفعالات الأسرية المعبر عنها وانتكاس مرضى الفصام، كما ركزت الدراسة على التدخلات السلوكية الأسرية وأثرها الإيجابي في علاج الفصاميين.

وقد أشار بيلاك وزملاؤه (Bellak et al. (1997 إلى أن برامج التدريب على المهارات الاجتماعية تعتبر واحدة من أكثر الأساليب النفسية الاجتماعية كفاءة في علاج مرضى الفصام المزمن، حيث أن فعالية مثل هذا النوع من البرامج في تعليم السلوك الاجتماعي، قد تم توثيقها بشكل جيد بينما تأثيره على الدور الوظيفي في المجتمع غير واضح. كما أضافوا بأن هذه النوعية من البرامج غير قادرة على معالجة بعض مظاهر الفصام، كما ناقش بليلك وزملاؤه في دراستهم موضوعات عدة كالفروق الفردية بين المرضى وداخل المريض مع مرور الوقت، وكذلك تأثير القلق والسلوك التجنبي والدور غير المؤكد للعجز في مجال الإدراك الاجتماعي. وتعد برامج التدريب على المهارات الاجتماعية منحاً أساسياً من مناحي تعديل السلوك، بما تركز عليه من تنمية سلوكيات الاهتمام برعاية الذات عند المرضى، وتنمية مهارات المحادثة وتبادل الأدوار. فالسلوكيات غير المرغوبة مثل خلط الكلام Word Sald تنخفض من خلال استخدام أسلوبي التدعيم، والنمذجة وقد

استخدمت المناحي السابقة الذكر في دراسة مضبوطة على 28 مريضاً فصامياً مزمناً تعرض بعضهم للعلاج البيئي Milieu Therapy وتدرب البعض الآخر على بعض المهارات الاجتماعية.

أجرى ريزا وشيكها (Reza & Shikha (2004 دراسة بعنوان " أثر برنامج إرشادي تربوي في تحسين مهارات التواصل والتكيف الاجتماعي لدى المرضى الفصاميين. هدفت الدراسة الى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي تربوي في تحسين مهارات التكيف الاجتماعي للمرضى المصابين بالفصام. تكونت عينة الدراسة من (170) مريضاً ممن تم تشخيصهم بأنهم مصابون بالفصام و(170) مريضاً ممن تم تشخيصهم بأنهم مصابون باضطرابات المزاج. وتم توزيعهم عشوائياً على أربع مجموعات. وقد شارك أفراد أسر المرضي من المجموعة التجريبية في البرنامج الإرشادي لمدة ستة أشهر. وقد تم استخدام اختبارات مهارات التواصل والتكيف الاجتماعي للمقارنة بين الأسر في مدى التحسن في مهارات التواصل والتكيف. أشارت نتائج الدراسة أن هناك تحسناً في مهارات التواصل والتكيف لدى أفراد أسر مرضى الفصام في المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي.

وفي دراسة أجراها ليسيان (Lisiane (2005 بعنوان" أثر العلاج النفسي التربوي الأسري والتدريب على المهارات الاجتماعية في تحسين مهارات التكيف والدعم الاجتماعي للمرضى المشخصين بأنهم مصابون بالفصام و/ أو لديهم أعراض فصامية". هدفت الدراسة إلى استقصاء أثر العلاج النفسي التربوي (Psychoeducational) الأسري والتدريب على مهارات التكيف والدعم الاجتماعي للمرضى المشخصين بأنهم مصابون بالفصام أو لديهم أعراض فصامية. تبنت الدراسة برنامجاً إرشاديا مستند على نظرية التعلم الاجتماعي لبندورا. تكونت عينة الدراسة من (66) فرداً ممن تم تشخيصهم بأنهم مصابون بالفصام ولديهم أعراض فصامية. تم جمع البيانات لأفراد عينة الدراسة من خلال قوائم التقرير الذاتي واستبانه التكيف الأسري واستبانه الدعم الاجتماعي. ولدى مقارنة درجات أفراد عينة الدراسة على الاختبار القبلي والبعدي تبين أن البرنامج الإرشادي قد حسّن مهارات التكيف لديهم، بينما لم تشر النتائج إلى وجود اختلاف في تحسن مهارات الدعم الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة لدى مقارنة درجاتهم على الاختبار القبلي والبعدي.

وقد أجريت في الصين دراسة (Wxiong, Phillips, Hu, & Kleinman, 2003) هدفت إلى التعرف على أثر نموذج إرشادي لأسر مرضى الفصام من أجل إدارة المشكلات الاجتماعية (سوء التكيف والتواصل الايجابي السليم) مع مرضاهم. وتكونت عينة الدراسة من (63) مريضاً ممن تم تشخيصهم بالفصام ويعيشون في المنازل مع أسرهم. تم تعريض أفراد أسرة مرضى الفصام إلى (50) جلسة إرشادية مدة كل جلسة (45) دقيقة هدفت إلى إرشادهم لكيفية إدارة المشكلات الاجتماعية

الناتجة عن وجود مريض الفصام داخل الأسرة. بينت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً دالة إحصائيا على القياس البعدي على مقياس مهارات التكيف الاجتماعي بين أفراد أسر مرضى الفصام، كما بينت نتائج قياس المتابعة لمدة تراوحت من (12- 18) شهراً استمرار وجود فروق في مهارات التكيف الاجتماعي، مما يعني أن النموذج الإرشادي كان له أثر مستمر في تحسين مهارات التكيف الاجتماعي لدى اسر مرضى الفصام.

وأجرى بينتلي Bentley (1987) دراسة بعنوان " الإرشاد الأسري لمرضى الفصام : نتائج دراسة إكلينيكية"، هدفت لتقرير أثر نموذج إرشاد أسري قصير المدى في إدارة الضغوط للقائمين على رعاية مرضى الفصام. تكونت عينة الدراسة من (10) أسر لديهم مريض مشخص بالفصام. تم تطبيق (10) جلسات إرشادية سلوكية تحتوي على كيفية إدارة الضغوط الناتجة عن تواجد مريض الفصام داخل الأسرة. وتم جمع البيانات من خلال اختبار قبلي– بعدي تم إعداده لتحقيق هدف الدراسة. وقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط لدى أفراد الأسرة قد انخفض لدى مقارنة القياس القبلي بالقياس البعدي وقياس المتابعة.

وفي دراسة أجراها باولا Paula (2003) بعنوان "التحليل النوعي للأعراض السالبة للفصام وأساليب خفضها". هدفت الدراسة إلى تحليل الأعراض السالبة للفصام من خلال تناولها لعينة من الأفراد تتراوح أعمارهم ما بين(12- 22) عاماً. ولتحقيق هدف الدراسة ولغايات جمع البيانات تم إجراء (30) مقابلة مفتوحة النهاية مع أفراد عينة الدراسة. خرجت الدراسة بقائمة من الأعراض السالبة للفصام والتي تم تصنيفها حسب الفئات العمرية لأفراد عينة الدراسة.

أوصت الدراسة أن من أساليب خفض الأعراض الفصامية تصميم برامج إرشاد أسري لتدريب مرضى الفصام على المهارات الاجتماعية ومهارات التكيف والمهارات الدراسية.

وأجرى أيكوت Aykut (2006) دراسة هدفت إلى معرفة ما إذا كانت مستويات التكيف لدى طلبة الجامعة تختلف حسب مستويات قدراتهم في التواصل/ الاتصال. وتكونت عينة الدراسة من (277) من طلبة جامعة الأناضول (156) أنثى، (121) ذكراً، وطبقت الدراسة سنة 2004، حيث تم جمع البيانات باستخدام مقياس تقييم المهارات الاجتماعية، ومقياس هيكتيب لتقييم الشخصية Hecttepe Personality Assessment وأشارت نتائج الدراسة إلى أن مستويات التكيف الشخصي والاجتماعي العامة، كانت مرتبطة بشكل ذي دلالة إحصائية مع مستويات التواصل الاجتماعي المنظورة، في حين أن الطلبة الذين يعانون من الانطوائية، كانت قدراتهم في مهارات التواصل

الاجتماعي ضعيفة زادت من ضعف في القدرة على التكيف والسيطرة على الذات، ومستويات الانطواء، والوحدة، والعزلة، والمساندة الاجتماعية، والمتغيرات الشخصية والديموغرافية.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

- تتناول الدراسة الحالية العلاج الأسري السلوكي لأسر مرضى الفصام من خلال برنامج إرشادي.
- تساهم الدراسة الحالية في جانب الإرشاد الأسري في كونها تتناول موضوعاً في غاية الحساسية من حيث تواصل وتكيف أفراد عائلة مرضى الفصام معاً وتواصلهم مع مريض الفصام.
- تعتبر الدراسة الحالية من الدراسات التجريبية التي تهدف إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي في تحسين التواصل الأسري لدى اسر مرضى الفصام.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

فيما يلي عرض لمنهج الدراسة ومجتمع وعينة الدراسة وأدوات الدراسة وتصميم الدراسة وأساليب المعالجة الإحصائية:

منهج الدراسة:

استخدم في هذه الدراسة المنهج التجريبي من خلال تطبيق البرنامج التدريبي على أفراد المجموعة التجريبية ومقارنتها بالمجموعة الضابطة.

مجتمع وعينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع عائلات مرضى الفصام في الأردن، والذين لديهم مريض فصام مشخص اعتماداً على تشخيص الطبيب الأخصائي والتحق بفترة علاج في المستشفى لا تقل عن ستة أشهر.

أما عينة الدراسة فتكونت من (20) فرداً يمثل كل منهم أسرة لديها مريض مشخص بالفصام، وقد تم اختيار الأسر بالطريقة القصدية فبسبب صعوبة الوصول الى أسر المرضى النفسيين من مراجعي العيادات والمستشفيات الحكومية فقد تم الاقتصار على مراجعي العيادات الخاصة ومركز الاستشارات النفسية الذين كانوا يطلبون المساعدة في تحسين طرق تعاملهم مع المريض والمرض، وتم اختيار ممثل لكل أسرة للمشاركة في البرنامج بحيث يكون أكثر أفراد الأسرة اهتماما بالمريض. وتم توزيع أفراد الدراسة بطريقة التعيين العشوائي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. ويظهر الجدول (1) توزيع أفراد الدراسة من حيث الصلة بالمريض:

الجدول (1)
توزيع أفراد الدراسة من حيث الصلة بالمريض

صلة القرابة بالمريض	العدد
أب	3
أم	6
أخت	6
زوجة	4
زوج	1
المجموع	20

أدوات الدراسة:

تم استخدام مقياسين بعد التحقق من خصائصهما السيكومترية من حيث الصدق والثبات وهما:

أ- مقياس مهارات التواصل الأسري، والذي يقيس مهارات التواصل الأسري لدى أسر مرضى الفصام، وقد تكون المقياس من 41 فقرة ضمن أربعة مجالات:

- المجال الأول:التواصل اللفظي: (14 فقرة).
- المجال الثاني: التواصل غير اللفظي: (7 فقرات).
- المجال الثالث: التواصل في مجال العلاقات الاجتماعية: (10 فقرات).
- المجال الرابع: التواصل في مجال المعلومات عن المرض: (10 فقرات).

تم بناء المقياس بعد الاطلاع على الأدب السابق المتعلق بموضوع الدراسة. وتم التأكد من صدق المقياس من خلال عرضه على 10 محكمين من الأساتذة المختصين في الإرشاد وعلم النفس في: الجامعة الأردنية وجامعة اليرموك والجامعة الهاشمية وجامعة عمان الأهلية، وتم إجراء التعديلات وفق ملاحظات المحكمين حتى خرج المقياس بصورته النهائية. كما تم التحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة مقدارها ثلاثون فرداً من خارج عينة الدراسة ثم إعادة التطبيق بعد أسبوعين وتم استخراج معامل الثبات باستخدام معادلة بيرسون حيث بلغ معامل الثبات 0.86 وهو مناسب لأغراض هذه الدراسة.

وتعطى للإجابات الأوزان التالية: (4) بدرجة كبيرة، (3) بدرجة متوسطة، (2) بدرجة قليلة، (1) بدرجة قليلة جداً، وتعكس الأوزان في حالة عدم امتلاك الفرد لمهارات التواصل الإيجابية، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (41-164) درجة. حيث تدل الدرجة المرتفعة على امتلاك الفرد لمهارات التواصل الإيجابية، وتدل الدرجة المنخفضة على عدم امتلاك الفرد لمهارات التواصل الإيجابية، أما الفقرات الإيجابية للمقياس فكانت الفقرات التي تحمل الأرقام (1، 2، 11، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41) أما الفقرات السلبية فكانت الفقرات التي تحمل الأرقام (3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 81، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31).

ب- مقياس التكيف الأسري، والذي يقيس التكيف الأسري لدى أسر مرضى الفصام وقد تكون المقياس من 42 فقرة ضمن خمسة مجالات:

- المجال الأول:التكيف في مجال الضغوط الجسمية: (10 فقرات).

- المجال الثاني: التكيف في مجال الضغوط المعرفية: (7 فقرات).
- المجال الثالث: التكيف في مجال الضغوط الاقتصادية: (9 فقرات).
- المجال الرابع: التكيف في مجال الضغوط الانفعالية: (9 فقرات).
- المجال الخامس: التكيف في مجال الضغوط الاجتماعية: (10 فقرات).

وتم التأكد من صدق المقياس من خلال عرضه على 10 محكمين من الأساتذة المختصين في الإرشاد وعلم النفس في الجامعات الأردنية الرسمية والخاصة وتم إجراء التعديلات وفق ملاحظات المحكمين حتى خرج المقياس بصورته النهائية. وتم التحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية من (30) فرداً من خارج عينة الدراسة ثم إعادة التطبيق بعد أسبوعين وتم استخراج معامل الثبات باستخدام معامل ارتباط بيرسون حيث بلغ معامل الثبات 0.86 وهو مناسب لإجراء هذه الدراسة.

وتعطى للإجابات الأوزان التالية: (1) بدرجة كبيرة، (2) بدرجة متوسطة، (3) بدرجة قليلة، (4) بدرجة قليلة جداً، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (42-168) درجة. حيث تدل الدرجة المرتفعة على سوء تكيف الفرد، بينما تدل الدرجة المنخفضة على تكيف مرتفع لدى الفرد.

ج- البرنامج الارشادي: تم بناء البرنامج الإرشادي لتحسين التواصل والتكيف استناداً على نموذج العلاج الأسري السلوكي المكون من ستة مكونات متسلسلة هي: الانخراط، التقييم، التثقيف، التدريب على مهارات الاتصال، التدريب على حل المشكلات، التدريب على حل المشكلات الخاصة. يتكون البرنامج من (24) لقاء، مدة كل لقاء (90) دقيقة. ويركز البرنامج الإرشادي على التدريب على مكونات نموذج العلاج الإرشادي السلوكي.

طريقة بناء البرنامج:

تم التأكد من صدق البرنامج من خلال عرضه على 10 محكمين من الأساتذة المختصين في الإرشاد وعلم النفس في الجامعات الأردنية الرسمية والخاصة وتم إجراء التعديلات وفق ملاحظات المحكمين حتى خرج البرنامج بصورته النهائية. وتم التأكد من مناسبة البرنامج من خلال عرضه على (5) من أسر مرضى الفصام في مركز الاستشارات النفسية وذلك للتأكد من مدى مناسبة الصياغة اللغوية ومدى مناسبة البرنامج للتطبيق على عينة الدراسة وكانت درجة الرضا عن البرنامج عالية مما أكد صلاحية البرنامج للتطبيق.

مكونات نموذج العلاج الأسري السلوكي:

يقوم نموذج العلاج الأسري السلوكي على ستة مكونات متسلسلة: الانخراط، التقييم، التعليم، التدريب على مهارات الاتصال، التدريب على حل المشكلات، التدريب على حل مشكلات خاصة (De Groot, 2003).

1- الانخراط Engagement:

يعني الانخراط تطوير ارتباط نفسي اجتماعي ايجابي بين المريض وأفراد أسرته، ومساعدتهم لفهم أن برنامج العلاج الأسري السلوكي يحقق أفضل فائدة لجميع الأفراد المشاركين في البرنامج العلاجي بالتزامهم بمحتوى الجلسات التدريبية التي تشمل على تعريفهم بكيفية التعامل مع مريض الفصام. ويبدأ الانخراط مع المريض بعد وجود مؤشرات لديه بتقبل انخراط إفراد أسرته في العلاج، وعند تحقق هذا التقبل يصبح من الضروري تركيز نموذج العلاج السلوكي الأسري على مساعدة أفراد الأسرة لفهم المزيد عن المرض ومعالجته وتطوير مهارات لمعالجة المشكلات الشائعة لدى المريض. وعند تقديم نموذج العلاج الأسري السلوكي للأسر فإن التركيز يكون بشكل أساسي على تجنب الانتكاسات للمريض وتجنب دخوله المستشفى وزيادة استقلاليته ومساعدة جميع الأفراد في تحقيق الأهداف الخاصة والمشتركة. إن شرح نموذج العلاج الأسري السلوكي لأفراد الأسرة يتضمن كذلك التركيز على مهارات الاتصال والتدريب على حل المشكلات. فالعلاج الأسري السلوكي شبيه بدورة تعليمية تدريبية لإدارة مرض الفصام أكثر منه خبرة علاجية تقليدية بحيث أن أفراد الأسرة بمن فيهم المريض يتقبلون ويشعرون أنهم محور العلاج، وأن الهدف من العلاج هو جعل أفراد الأسرة امتداداً لفريق علاج المريض.

2- التقييم Assessment:

عندما يتم انخراط أفراد الأسرة في العلاج يتم تقييم كل فرد منهم على حدة كما يتم تقييم الأسرة ككل. ويهدف تقييم الأفراد إلى تقوية العلاقة بين كل فرد من أفراد الأسرة من جهة والمعالج من جهة أخرى. وخلال مقابلة الأفراد يحاول المعالج استقصاء مفهومهم للمرض النفسي وكيفية معالجته والتغيرات التي يرغبون أن يروها نتيجة المعالجة ووعيهم بمعيقات التغيير. إن تقييم الأسرة كوحدة يتضمن مناقشة التغيرات المرغوبة واستخدام استراتيجيات الملاحظة لتقييم مهارات حل المشكلات عند الأسرة (Heru, 2000). ويتم التقييم من خلال تقديم مشكلة أو مشكلات ويقوم المعالج بملاحظة كيف يحاول الأفراد إيجاد الحل. وعندما تقوم الأسرة بعمل المهمة يجلس المعالج للخلف ويلاحظ الأسرة أو يغادر الغرفة مؤقتاً ويقوم بتصوير مناقشة حل المشكلة. وبعدها يقيم المعالج خطوات حل المشكلة التي تمت ملاحظتها ويناقش مع أعضاء الأسرة كيف يقومون عادة بحل المشاكل

خلال التفاعل مع الأسرة يقوم المعالج أيضاً بملاحظة مهارات الاتصال وذلك ليحدد الحاجة لمهارات الاتصال الأساسية والتدريب عليها.

3- التعليم Teaching:

إن الهدف من الجلسات التثقيفية التعليمية هو تزويد أفراد الأسرة بالمعلومات الأساسية حول الاضطراب الخاص بمريض الفصام وطرق وأساليب معالجته. وخلال الجلسات التدريبية التثقيفية المقدمة يتم تعريف الأسرة بالأعراض الأساسية للمرض وآثار الدواء الجانبية المترتبة على تناوله. ويتضمن التثقيف أو التعليم أسماء وأصناف بعض الأدوية الخاصة التي تستخدم لمعالجة الاضطراب وأثرها في تخفيف الأعراض الحادة، إضافة إلى احتمالية الانتكاس والأعراض الجانبية الشائعة للأدوية واستراتيجيات التكيف لمعالجة الأعراض الجانبية. ويهدف التثقيف إلى مساعدة أفراد الأسرة لفهم أن الأمراض النفسية تنتج عن استعداد وقابلية الشخص النفسية الاجتماعية التي يمكن أن تتفاقم مع التوتر (Brooker).

وفهم دور مهارات التكيف والتقيد بتناول الدواء في خفض القابلية للانتكاس (Butzlaff, & Hooley, 1998). في حين أن الإيذاء يمكن أن يزيد من هذه القابلية. ويركز التثقيف على دور الأسرة حيث أن الأقارب يمكن أن يساعدوا المريض على ملاحظة أعراض المرض، والاتصال مع فريق المعالجة وتقليل التوتر داخل الأسرة وتقديم الدعم للمريض وتشجيعه على التقيد بتوصيات المعالجة. ويتم التثقيف أو التعليم بأسلوب تفاعلي حيث يتوقف المعالج عدة مرات لمساعدة أفراد الأسرة في فهم العلاقة الوثيقة بين المعلومات وخبراتهم الشخصية. ويستفاد من المريض كخبير نفسي ويتم تشجيعه لوصف خبراته مع المرض واستجابته للمعالجة.

4- التدريب على مهارات الاتصال Communication Skills Training

أظهرت نتائج الدراسات المتعددة أن وجود جو انفعالي سلبي في الأسرة يعمل على زيادة حدة نوبة المرض الذي يؤدي إلى زيادة عدد مرات انتكاس المريض ودخوله المستشفى بشكل متكرر(Butzlaff & Hooley, 1998).

إن الأسر التي تسودها مستويات عالية من التوتر والصراع تكون بحاجة كبيرة إلى التمارين التدريبية على مهارات الاتصال. أما الأسرة التي ليس لها مستويات عالية من التوتر والصراع والمشاعر السلبية فان المعالج يقدم لها مبادئ ومفاهيم الاتصال الفعال بصورة مختصرة ثم ينتقل إلى التدريب على مهارات حل المشكلات (Mueser& Glynn, 1999). و يتم تعلم مهارات الاتصال باستخدام مبادئ التدريب على المهارات الاجتماعية التي تتضمن تقديم التبرير المنطقي لتعلم المهارة

وتقسيم المهارة إلى خطوات أساسية،وتقديم المهارة من خلال لعب الدور، وانخراط أفراد الأسرة في مهارة لعب الدور وتقديم تغذية راجعة حول أداء العضو الجيد، وتقديم تغذية راجعة تصحيحية حول كيف يمكن للعضو أن ينجز المهارة بطريقة أفضل، وانخراط العضو في لعب دور آخر لنفس الموقف، وتقديم المزيد من التغذية الراجعة الايجابية حول أداء الفرد، وانخراط كل فرد من أفراد الأسرة في لعب الدور (ما بين دورين إلى أربعة أدوار) مع تقديم التغذية الراجعة الايجابية والتصحيحية. كما يتم إعطاء أفراد الأسرة واجباً بيتياً للتدرب على المهارة. وأما الأسر التي تفتقر إلى مهارات الاتصال بشكل كبير فيتم تخصيص ثلاث إلى ستة جلسات تدريبية لها للتدريب على مهارات الاتصال مثل الاستماع الفعال، والتعبير عن المشاعر الايجابية، والقيام بتلبية الطلبات الايجابية، والتعبير عن المشاعر السلبية وتقديم المناقشات والحلول لها. وكل مهارة من هذه المهارات يتم تقسيمها إلى خطوات أساسية وتدريب أفراد الأسرة عليها بصورة تدريجية من أجل دمج جميع الخطوات في مهارة واحدة متماسكة (Liberman, Mueser& Wallace, 1986)

وتقدم الواجبات البيتية المصممة لمساعدة أفراد الأسرة في التدريب على المهارات التي تعلموها في الجلسة خلال تفاعلهم كل يوم من أجل أن يتوصلوا إلى موقفاً واحداً على الأقل في كل يوم من أيام الأسبوع يمكنهم فيه تطبيق مهارة الاتصال التي تعلموها في الجلسة السابقة. وبعد تقديم المهارة في الجلسة تبدأ الجلسة التالية بعرض الواجب البيتي ولعب الأدوار المصممة على أساس مواقف مشابهة لخبرات أفراد الأسرة ويتم تقييم مدى اكتسابهم للمهارات المطلوبة والحاجة إلى التدريب الإضافي عليها. ويتطلب تعليم مهارات الاتصال من المعالج أن يكون يقظاً لأي أخطاء قد تحدث في الاتصال مثل التكلم مع الأشخاص الآخرين واستخدام عبارات اللوم والانتقاص حين يتم التعبير عن المشاعر السلبية.

5- التدريب على حل المشكلات Problem Solving Training

يوجه التدريب على مهارات حل المشكلات أفراد الأسرة لمساعدتهم في تحقيق أهداف العلاج من خلال جهود تعاونية. ولتجنب الاعتماد على المعالج فإن التدريب على حل المشكلات يركز على مساعدة أفراد الأسرة لتعلم خطوات محددة لحل المشكلة أكثر من إيجاد حلول لحل المشكلة بحد ذاتها. وعندما ينجح أفراد الأسرة في اكتساب مهاراتهم في حل المشكلات يصبحوا جاهزين لمواجهة المشاكل في المستقبل. وتتضمن خطوات حل المشكلات تحديد المشكلة بموافقة جميع أفراد الأسرة،

وبعد ذلك يتم التوصل إلى تعريف للمشكلة يوافق عليه جميع أفراد الأسرة لضمان مشاركة الجميع في حلها والقيام بعصف ذهني للحلول الممكنة، ويطلب المعالج من أفراد الأسرة توليد اكبر عدد ممكن من الحلول للمشكلة، على أن يقدموا حلاً واحداً ممكناً على الأقل، وفي هذه الخطوة لا يقيم المعالج الحلول بل يشجع على إعطاء اكبر عدد ممكن من الحلول التي يمكن أن تؤدي إلى حل نهائي مفيد. بعد ذلك ينتقل المعالج إلى خطوة تقييم الحلول، حيث يتم في هذه الخطوة مناقشة كل حل بشكل مختصر وتحديد النتائج الايجابية والسلبية المتوقعة بعد حل المشكلة (Brooker, 1994). وتعتبر خطوة اختيار أفضل الحلول من مجموعة الحلول المطروحة خطوة تالية من خطوات حل المشكلة، وتعمل الأسرة في هذه الخطوة على مناقشة الحلول والخروج بحل واحد يعتبر هو الأفضل لدى جميع أفرادها.

وتمثل الخطوة التالية في حل المشكلات التخطيط لكيفية تحقيق الحل، ويحتاج تحقيق الحل إلى تحديد متطلبات الحل ومصادره مثل المعلومات والمال والمواصلات وتوزيع المهمات على أفراد الأسرة. وأخيرا تأتي خطوة تحديد الوقت لمتابعة خطة العلاج، حيث يتم تحديد أوقات لأفراد الأسرة للاجتماع بهم بشكل دوري منتظم من اجل تعديل بعض الحلول التي قد تبدو بأنها صعبة التحقق ومتابعة حل المشكلات المتعلقة بهم من جهة وبمريض الفصام من جهة أخرى (Brooker, 1994).

6- التدريب على حل المشكلات الخاصة: Special Problem Solving Training

يعتبر التدريب على حل المشكلات الخاصة المكون الأخير من مكونات نموذج العلاج الأسري السلوكي. ويهدف هذا المكون إلى تحديد المشكلات الخاصة التي قد تظهر في سياق أسرة المريض والتي تختلف من أسرة إلى أخرى. حيث يعمل المعالج على تدريب الأسرة بإتباع استراتيجيات عديدة تعمل على خفض ظهور مشكلات مثل قلة الوقت والتنظيم، والغضب والعنف، وظهور أمراض مثل الاكتئاب أو محاولة الانتحار(Mueser & Glynn, 1999).

ويواجه أسرة مريض الفصام عدداً من الصعوبات مثل الواجبات الاجتماعية والالتزامات المادية والضغوطات النفسية (Heru, 2000). وهذا يؤثر على نشاط الأسرة الأمر الذي قد يؤدي إلى تراجع قدرة تحملها على تواجد مريض بالفصام داخلها.

الإجراءات:

تم تطبيق أداتي الدراسة (مقياس مهارات التواصل الأسري، ومقياس التكيف الأسري) على أفراد الدراسة (وهم أفراد من أسر مرضى الفصام في الأردن حيث تم اختيار الشخص الأكثر اهتماماً بالمريض والذين لديهم مريض فصام مشخص والتحق بفترة علاج في المستشفى لا تقل عن ستة

أشهر) ثم تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية والضابطة، وبعد ذلك تم تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد المجموعة التجريبية. وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي تم تطبيق أدوات الدراسة تطبيقاً بعدياً على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة. كما تم تطبيق الأدوات على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة لقياس المتابعة بعد شهر ونصف من انتهاء البرنامج.

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية:

تم في هذه الدراسة تبني التصميم التجريبي للمجموعة الضابطة والتجريبية مع وجود قياس قبلي وبعدي ومتابعة للمجموعة التجريبية والضابطة، ووجود معالجة للمجموعة التجريبية فقط كما في النموذج التالي:

R	**المجموعة التجريبية**	O1	X	O2	O3
	المجموعة الضابطة	O1	__	O2	O3

التصميم التجريبي للمجموعة التجريبية والضابطة

R: التوزيع العشوائي. X : المعالجة التجريبية. O1: القياس القبلي.

O2 : القياس البعدي. O3: قياس المتابعة

من اجل فحص فرضيات الدراسة تم استخدام المتوسطات الحسابية والمتوسطات المعدلة وتم استخدام الإحصائي (ت) لفحص دلالة الفروق بين المتوسطات.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

فيما يلي عرض لنتائج التحليل الإحصائي للبيانات:

نصت الفرضية الأولى على: لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في تحسين التواصل لدى أسر مرضى الفصام.

لقد تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لاختبار الفرضية أعلاه وقد تم التوصل للنتائج التالية:

أولاً: القياس القبلي كما في الجدول (2):

الجدول (2): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للتواصل

المجال	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
التواصل اللفظي	التجريبية	28.9	11.41	0.897-	0.391
	الضابطة	33.5	11.98		
التواصل غير اللفظي	التجريبية	13.4	6.6	0.937-	0.361
	الضابطة	16.6	8.55		
التواصل في مجال العلاقة الاجتماعية	التجريبية	17.4	5.78	1.36-	0.195
	الضابطة	22.6	10.62		
التواصل في مجال المعلومات عن المرض	التجريبية	27.10	6.10	1.274-	0.219
	الضابطة	30.70	6.53		
الدرجة الكلية	التجريبية	86.80	25.67	1.30-	0.21
	الضابطة	103.40	31.17		

يظهر الجدول (2) أن قيمة (ت) المحسوبة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) مما يدل على عدم وجود فروقات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي وبما يعكس التكافؤ بين المجموعتين.

ثانياً: القياس البعدي كما في الجدول (3):

الجدول (3): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للتواصل

المجال	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
التواصل اللفظي	التجريبية	46.70	9.75	2.702	0.015*
	الضابطة	33.5	11.98		
التواصل غير اللفظي	التجريبية	23.5	5.50	2.145	*0.046
	الضابطة	16.6	8.55		
التواصل في مجال العلاقة الاجتماعية	التجريبية	32.3	6.85	2.428	*0.026
	الضابطة	22.6	10.62		
التواصل في مجال المعلومات عن المرض	التجريبية	36.0	3.83	2.213	*0.04
	الضابطة	30.70	6.53		
الدرجة الكلية	التجريبية	138.50	23.49	2.844	*0.011
	الضابطة	103.4	31.17		

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)**

يظهر الجدول (3) أن قيمة (ت) المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) مما يدل على وجود فروقات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي وتميل الفروقات لصالح المجموعة التجريبية.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في تحسين التكيف لدى أسر مرضى الفصام.

أولاً: الاختبار القبلي كما في الجدول (4):

الجدول (4): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للتكيف

المجال	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
مجال التكيف الجسمي	الضابطة	16.90	5.67	0.872	0.395
	التجريبية	14.90	4.53		
التكيف في المجال المعرفي	الضابطة	12.50	4.67	1.542	0.141
	التجريبية	9.80	2.97		
التكيف في المجال الاقتصادي	الضابطة	11.20	3.65	1.642	0.118
	التجريبية	8.90	2.51		
التكيف في مجال المعلومات عن المرض	الضابطة	17.30	7.27	1.526	0.144
	التجريبية	13.30	3.97		
التكيف في المجال الاجتماعي	الضابطة	17.70	4.45	0.804	0.432
	التجريبية	16	4.99		
الدرجة الكلية	الضابطة	75.90	23.76	1.351	0.193
	التجريبية	62.90	17.87		

يظهر من الجدول (4) أن قيمة (ت) المحسوبة ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) مما يدل على عدم وجود فروقات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي وبما يعكس التكافؤ بين المجموعتين.

ثانياً: الاختبار البعدي كما في الجدول (5):

الجدول (5): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للتكيف

المجال	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
مجال التكيف الجسمي	الضابطة	14.40	9.187	4.414	0.000**
	التجريبية	11.20	4.53		
التكيف في المجال المعرفي	الضابطة	15.50	6.04	4.039	0.001**
	التجريبية	11.20	2.97		
التكيف في المجال الاقتصادي	الضابطة	16.40	6.14	4.292	0.000**
	التجريبية	12.10	2.51		
التكيف في مجال المعلومات عن المرض	الضابطة	13.90	7.18	4.894	0.000**
	التجريبية	11.30	3.97		
التكيف في المجال الاجتماعي	الضابطة	12.00	8.34	4.685	0.000**
	التجريبية	9.10	4.99		
المقياس ككل	الضابطة	72.9	34.86	4.763	0.000**
	التجريبية	52.9	19.87		

** ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)

يظهر من الجدول (5) أن قيمة (ت) المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) مما يدل على وجود فروقات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي وتميل الفروقات لصالح المجموعة التجريبية والضابطة.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في تحسين التواصل لدى أسر مرضى الفصام في قياس المتابعة.

لقد تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين وقد تم التوصل للنتائج التالية:

الجدول (6): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين على لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس المتابعة للتواصل

المجال	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
التواصل اللفظي	التجريبية	46.5	7.29	2.931	0.009**
	الضابطة	33.5	11.98		
التواصل غير اللفظي	التجريبية	25.9	1.79	3.365	0.003**
	الضابطة	16.6	8.55		
التواصل في مجال العلاقة الاجتماعية	التجريبية	33.20	7.89	2.533	0.021*
	الضابطة	22.6	10.62		
التواصل في مجال المعلومات عن المرض	التجريبية	36	3.86	2.209	0.04*
	الضابطة	30.70	6.53		
الدرجة الكلية	التجريبية	141.6	5.32	3.82	0.001**
	الضابطة	103.4	31.17		

*** ذات دلالة عند مستوى (0.05)**

**** ذات دلالة عند مستوى (0.01)**

يظهر من الجدول (6) أن قيمة (ت) المحسوبة ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) مما يدل على وجود فروقات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس المتابعة وتميل الفروقات لصالح المجموعة التجريبية.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية الضابطة في تحسين التكيف لدى أسر مرضى الفصام في مقياس المتابعة.

لقد تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين وقد تم التوصل للنتائج التالية:

الجدول (7): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس المتابعة للتكيف

المجال	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة
مجال التكيف الجسمي	الضابطة	14.40	9.24	5.07	0.000**
	التجريبية	11.20	4.53		
التكيف في المجال المعرفي	الضابطة	15.50	5.38	5.81	0.000**
	التجريبية	11.20	2.97		
التكيف في المجال الاقتصادي	الضابطة	16.40	6.72	4.231	0.001**
	التجريبية	12.10	2.51		
التكيف في مجال المعلومات عن المرض	الضابطة	13.90	6.94	5.966	0.000**
	التجريبية	11.30	3.97		
التكيف في المجال الاجتماعي	الضابطة	14.50	8.83	5.081	0.000**
	التجريبية	11.10	4.99		
المقياس ككل	الضابطة	74.70	33.49	5.732	0.000**
	التجريبية	54.90	17.87		

**** ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)**

يظهر من الجدول (7) أن قيمة (ت) المحسوبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) مما يدل على وجود فروقات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في قياس المتابعة و تميل الفروقات لصالح المجموعة التجريبية.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

فيما يلي عرض لمناقشة نتائج الدراسة حسب تسلسل فرضياتها، ثم عرض أبرز التوصيات في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها وكما يلي:

مناقشة نتائج الفرضية الأولى والتي تنص على: " لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في تحسين التواصل لدى أسر مرضى الفصام".

أولا: مقياس التواصل

لفحص هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المجوعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي، مما يعكس التكافؤ بين المجموعتين. ويمكن تفسير ذلك من خلال أن المجموعتين التجريبية والضابطة لم تتعرضا بعد للبرنامج التدريبي الإرشادي والذي صمم من أجل تزويد المجموعة التجريبية بالمهارات اللازمة التي يستطيعون من خلالها التواصل مع مرضى الفصام، كما أن المجموعتين التجريبية والضابطة قد خضعتا لنفس الظروف عند تطبيق مقياس التواصل مما أظهر التكافؤ بين أفراد المجموعتين.

كما أظهرت النتائج وجود فروق بين المجوعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية ويمكن تفسير ذلك من خلال أن المجموعة التجريبية قد تعرضت للبرنامج التدريبي الإرشادي والذي يحتوي على العديد من الجلسات الإرشادية المنظمة والمخططة والمصممة لتحسين التواصل لدى أسر مرضى الفصام، مما حسن من قدرتهم على التواصل مع مرضى الفصام حيث تشير العديد من الدراسات المختلفة التي أجريت في العديد من دول العالم بأن هناك فاعلية واضحة تظهر من خلال استخدام أساليب الإرشاد السلوكي وأساليب الإرشاد المختلفة في مساعدة العديد من الحالات المصابة إما بأعراض الاكتئاب أو الاضطرابات النفسية أو غير ذلك، ومن تلك الدراسات دراسة (Netherlands, 1997) مما يؤكد فعالية البرنامج الإرشادي لتحسين التواصل لدى مرضى الفصام، حيث اكتسبت المجموعة التجريبية المعلومات الكافية والتي استطاعت من خلالها أن تزيد من وعيها في التعامل مع مرضى الفصام والذين يحتاجون إلى عناية ورعاية خاصة من قبل الأسر والعديد من الجهات الأخرى كالمرشدين والأخصائيين الاجتماعيين والمعالجين وغيرهم مما يؤكد الحاجة إلى ضرورة توفير مثل هذا النوع من البرامج لتحسين القدرة على التعامل مع مرضى الفصام. لذلك جاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

تختلف هذه الدراسة مع نتيجة دراسة ريتش وآخرين (Riech et al, 2003) والتي أظهرت نتائجها عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند المراهقين والآباء في تفاعلهم وتواصلهم مع الآخرين.

ويمكن ان نعزو التحسن الذي طرأ على المجموعة التجريبية الى المهارات التي اكتسبوها خلال تطبيق البرنامج منها مهارة الاستماع الفعال ومهارة التعبير عن المشاعر الايجابية والسلبية، وتطبيق هذه المهارات في الحياة اليومية من خلال القيام بالواجبات البيتية التي كانت تطلب منهم والتفاعل مع المريض وباقي افراد الاسرة وفقا لهذه المهارات،فالتعبير عن المشاعر السلبية يقلل من الشحنة الانفعالية العالية التي يحملها افراد الاسرة للمريض النفسي ويزيد من فرص التفاعل مع المريض وباقي افراد الأسرة.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية والتي تنص على: " لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية الضابطة في تحسين التكيف لدى أسر مرضى الفصام".

أولا: القياس القبلي:

تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين حيث يتضح من الجدول (14) أن قيمة (ت) بلغت (1.351) وهي ليست ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) مما يدل على عدم وجود فروق بين المجوعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي وبما يعكس التكافؤ بين المجموعتين، ويمكن تفسير ذلك من خلال أن المجموعتين التجريبية والضابطة لم تتعرضا بعد للبرنامج الإرشادي المبني لتحسين التكيف لدى أسر مرضى الفصام، كما يمكن أن يعزى ذلك إلى أن المعرفة المتوافرة حول مرض الفصام واعراضه وكيفية التعامل معه قليلة أو محدودة بالاضافة الى عدم المعرفة بماهية مهارات التكيف أو مدى أهميتها لذلك لم تظهر فروق بين المجموعتين.

ثانيا: القياس البعدي:

تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين على الاختبار البعدي حيث يتضح من الجدول (15) أن قيمة (ت) بلغت (4.763) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجوعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، ويمكن تفسير ذلك من خلال أن المجموعة التجريبية قد استفادت من البرنامج الإرشادي والمكون من عدة جلسات تم بناؤها وفق أسس علمية ومنهجية مدروسة، وقد تفاعلت أسر مرضى الفصام مع البرنامج الإرشادي وتعلموا مهارات التكيف منها مهارة تعريف المشكلة وتوليد الحلول الممكنة لهذه المشكلة وتقييم هذه الحلول وفقا للمعلومات الموجودة عن المشكلة بالاضافة الى مناقشة

المشكلات الخاصة المتعلقة بمرضى الفصام. وهذا حسّن من مهارات التكيف لدى هؤلاء الأسر لذلك جاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة والتي تنص على: "لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في تحسين التواصل لدى أسر مرضى الفصام في قياس المتابعة".

لقد تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين حيث يتضح من الجدول (16) أن قيمة (ت) بلغت (3.82) وهذه القيمة دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) مما يدل على وجود فروق بين المجوعتين التجريبية والضابطة في مقياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية، ويمكن تفسير ذلك من خلال أن المجموعة التجريبية قد استفادت من البرنامج التدريبي وفق أسس مدروسة وقد استمر تأثير هذا البرنامج على المشاركين بعد انتهاءه بفترة تعادل شهر ونصف كما ان التفاعل الذي دار بين اعضاء المجموعة التجريبية خلال تطبيق البرنامج قد حسّن من قدرتهم على التواصل مع مرضى الفصام ومع تكرارهم لاستخدام هذه المهارات وحصولهم على التغذية الراجعة من المرشدة خلال تطبيق البرنامج الارشادي ادى الى اكتسابهم هذه المهارات مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي.

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة والتي تنص على: "لا توجد فروق بين المجموعتين التجريبية الضابطة في تحسين التكيف لدى أسر مرضى الفصام في قياس المتابعة".

لقد تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين حيث يتضح من الجدول (17) أن قيمة (ت) بلغت (5.732) وهذه القيمة دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) مما يدل على وجود فروق بين المجوعتين التجريبية والضابطة في مقياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية، ويمكن تفسير ذلك من خلال أن المجموعة التجريبية قد استفادت من البرنامج الإرشادي لتحسين التكيف لدى أسر مرضى الفصام، حيث أثبت البرنامج فعاليته من خلال الجلسات الإرشادية المتعددة والمدروسة، وقد استمر تأثير هذا البرنامج على المشاركين بعد انتهاءه بفترة تعادل شهر ونصف كما ان التفاعل الذي دار بين اعضاء المجموعة التجريبية خلال تطبيق البرنامج قد حسّن من قدرتهم على التكيف مع مرضى الفصام ومع تكرارهم لاستخدام هذه المهارات وحصولهم على التغذية الراجعة من المرشدة خلال تطبيق البرنامج الارشادي ادى الى اكتسابهم هذه المهارات مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي.

وقد استطاعت المجموعة التجريبية أن تبني فهماً واضحاً من خلال الجلسات الإرشادية والتي تم الاستفادة منها في تحسين التعامل مع مرضى الفصام من خلال إتباع أساليب إرشادية حديثة يمكن من خلالها أن تحسن الأسر التواصل والتكيف مع مرضى الفصام خاصة وأن هذا المرض يعد من الأمراض والاضطرابات النفسية التي هي بحاجة إلى تواصل مستمر مع المريض حتى يتم السيطرة

على جميع المشكلات التي يعاني منها والإسهام في إيجاد الحلول المناسبة للحد منها مما يؤدي إلى تحسين قدرة الأفراد المصابين بمرض الفصام على التواصل مع الأسر ومع المجتمع وعلى التكيف مع الآخرين في كل وقت، وهذا يدل على فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين التكيف لدى أسر الفصام.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة نوصي بما يلي:

1. تطوير برامج إرشادية للتعامل بطريقة فاعلة مع الاضطرابات النفسية المختلفة.
2. تزويد أسر المرضى النفسيين بالتعليمات والإرشادات المناسبة بما يحسن من تواصلهم وتكيفهم مع المرضى النفسيين.
3. إجراء دراسات أخرى مشابهة تتناول اضطرابات نفسية متعددة.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

إبراهيم، سهام (2007) **بناء برنامج إرشادي جمعي لتدريب الأمهات على مهارات الاتصال وحل المشكلات وقياس أثره في حل المشكلات الأسرية**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

أبو الخير، عبدالكريم (2001). **أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.

أبو زيد، مدحت عبدالحميد (2003). **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية**. سلسلة الإرشاد والعلاج النفسي. الجزء الخامس، : دار المعرفة الجامعية. الاسكندرية

أبو عيطة، سهام (2002). **مبادئ الإرشاد النفسي**. ط(2)،: دار الفكر للطباعة والنشر. عمان.

إسماعيل، نبيه إبراهيم. (2001). **عوامل الصحة النفسية السليمة**، القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.مصر.

أقرع، إياد (2005**). الشعور بالأمن النفسي وتأثره ببعض المتغيرات لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس – فلسطين.

جبريل، موسى، وحمدي، نزيه، وداوود، نسيمه، وأبو طالب صابر. (1992). **التكيف النفسي ورعاية الصحة النفسية**، جامعة القدس المفتوحة. عمان.

جبل، فوزي محمد. (2000). **الصحة النفسية وسيكولوجيا الشخصية**، المكتبة الجامعية. الإسكندرية.

حبيب، راكان، وآخرون، (2004**). مهارات ووسائل التوصل**. دار جدة، السعودية.

حجازي، مصطفى، (1990). **التواصل الفعال في العلاقات الإنسانية والإدارة**، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، جدة.

حطاب، عصام(2002) **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي للطلبة الجدد ذوي الذكاء المنخفض في الجامعة الهاشمية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

الخواجا، عبد الفتاح محمد سعيد (2002). **الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق. مسؤوليات وواجبات دليل الآباء والمرشدين. ط (1)**، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

الخواجا، عبد الفتاح محمد سعيد (2004). **فاعلية برنامج إرشاد جمعي يستند إلى الاتجاه العقلاني الانفعالي وأسلوب حل المشكلات في خفض الضغوط النفسية التي تواجه الطلاب الموهوبين الذكور في سن المراهقة وتحسين مستوى تكيفهم**، رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة عمان العربية للدراسات العليا: عمان، الأردن.

الداهري، صالح حسن (2005). **علم النفس الإرشادي**، نظرياته وأساليبه الحديثة. ط(1) دار وائل للنشر، عمان،الأردن.

دسوقي، كمال. (1990). **ذخيرة علوم النفس**. القاهرة: وكالة الأهرام.

الرخاوي، مي (2002) **الأمراض الإكلينيكية والاضطرابات النفسية لدى أطفال الآباء الفصاميين**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.

رزوق، أسعد. (1979). **موسوعة علم النفس**، المؤسسة العربية للدراسات والنشر. بيروت، لبنان.

الرفاعي، نعيم.(1987). **الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف البشري**، دمشق: جامعة دمشق.

سيف الدين، هند (1996). **التواصل الإنساني بين اللغة وحوار الجسد**.: مكتبة الانجلو المصرية،القاهرة.

الصفطي، مصطفى (2000). **الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية.** دار المعرفة الجامعية،قناة السويس، مصر.

عارف، نجوى (2002). **برنامج إرشادي مقترح لتحسين التواصل اللفظي بين الأزواج في المجتمع الأردني في ضوء بعض المتغيرات الديمجرافية.** رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر.

عاقل، فاخر. (1988). **معجم العلوم النفسية**. بيروت: دار الرائد العربي.

عبد الله، محمد، (1993). **التواصل في الأجهزة الحكومية**، معهد الإدارة العامة، السعودية.

عبد الرحمن، محمد السيد (2000). **علم الأمراض النفسية والعقلية** (الأسباب – الأعراض-التشخيص-العلاج). دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع. مصر.

عبد الغفار، عبد السلام. (1976). **مقدمة في الصحة النفسية**، دار النهضة العربية. القاهرة.

عبد الله، محمد قاسم (2001). **مدخل إلى** الصحة النفسية، ط(1)، دار الفكر،عمان.

عبد المعطي، حسن مصطفى (2003). **الأمراض السيكوسوماتية**، التشخيص-الأسباب-العلاج. ط(1)، مكتبة زهراء الشرق.القاهرة، مصر.

عبد الوهاب، علي (1988). **معوقات التواصل في الجماعات**، الرياض.

عكاشة، أحمد. (1998). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

علاء الدين،جهاد محمود.(1999).**فاعلية برنامج إرشادي لتحسين التوافق الشخصي والاجتماعي لدى عينة من المراهقات الأردنيات**،رسالة دكتوراه غير منشورة،جامعة القاهرة، مصر.

عمر، ماهر(1992). **سيكولوجية العلاقات الإجتماعية**: دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، مصر.

العناني، حنان عبدالحميد (2005). **الصحة النفسية**. ط(3)، دار الفكر، عمان.

الفقي، حامد (1984). **مفاهيم العلاج النفسي الأسري وأنماط التفاعل داخل الأسرى المريضة: النشأة والتطور**. حوليات كلية الآداب، الحولية الخامسة. جامعة الكويت.

فهمي، مصطفى. (1995). **الصحة النفسية دراسات في سيكلوجية التكيف**،: مكتبة الخانجي. القاهرة.

الكبيسي،عبدالكريم عبيد جمعه.(1988).**قياس التكيف الشخصي والاجتماعي لدى الأحداث الجانحين وعلاقته بالمعاملة الوالدية"بناء وتطبيق"**رسالة ماجستير غير منشورة،الجامعة المستنصرية،العراق.

كفافي، علاء الدين (1999). **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري**. دار الفكر العربي القاهره.

كمال، علي. (1986).**فصام العقل أو الشيزفرينيا**. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

الليل،محمد جعفر جمل(2002).**المساعدة الإرشادية النفسية**.ط(2). الدار السعودية للنشر والتوزيع. جدة.

مؤمن، داليا (2000). **فاعلية برنامج إرشادي في حل المشكلات الزوجية لدى عينة من المتزوجين حديثاً**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

محاميد، فايز، (2003). **فاعلية برنامج إرشاد جشطالتي في تحسين مستوى التواصل وخفض مستوى السلوك العدواني لدى عينة من الأحداث الجانحين.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد، الاردن.

مليكه. لويس كامل.(1990). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**. الكويت: دار القلم.

نصر الدين، جابر. (2001) **علاقة الرفض الأبوي بالتكيف النفسي الاجتماعي للمراهق**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.

المراجع الأجنبية:

Anderson, S.A & Nuttall, P. (1987). Parents and Adolescents, Family Relations, **Journal of Family relations**, Vol. 36 Issue, 1,pp. 40-45.

Ann, Jennifer (1996). **Behavioral Family Therapy With Abused Children Who Have Failed Placement Multiple Times**, Psy.D., United States International University, 115 pages; AAT 9710294.

Aykutt. (2006) **An Investigation of Adjustment Levels of Turkish Uninversity Students with Respect to Perceived Communication Skill**, Levels Social Behavior and Personality. New York.

Bachrach, L.L. (1992) Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long-Term Patients. **American journal of psychiatry**, 149, 1455-1463.

Barker, L. (1986). **On Theory Building in Communication: Some Conceptual Problems**. New York: Wily.

Baron, K. & Rainer, J.D. (1988) **Molecular Genetics and Human Disease**: implication of modern psychiatric research and practice., 152, 741-753.

Baron, M. (1986). Genetics of Schizophrenia II: vulnerability traits and gene markers. **Biological Psychiatry**, 21, 1189-1211.

Bellak, A.S. , Mueser, K.T. , Gingerich , S. , & Agresta, J. (1997) **Social Skills Training for Schizophrenia : A step-by-step guide**. New York : the Guilford press.

Bentley, K.(1987).Family-Based Intervention With Schizophrenia: A Clinical outcome study**. The Florida State University, 252 pages; AAT 8721833.**

Berglund, Nils , Vahlne, Jan Olof and Edman, Ake (2003). Family Intervention in Schizophrenia Impact on Family Burden and Attitude, **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Springer Berlin, Heidelberg, Vol. 38, No. 3, 116-121.

Brooker, C. (1994). The Outcome of Training Community Psychiatric Nurses to Deliver Psychosocial Intervention. **Pr Journal psychiatry**. 165, 222 – 230.

Brown, S, & Birtwistle, J.M.(1999). People With Schizophrenia and Their Families: Fifteen- Years Outcome. **British Journal of Psychiatry,173,139-144.**

Burleson, B. & Denton W.H. (1997). The Relationship Between Communication Skill and Martial Satisfaction, Some Moderating Effects. **Journal of marriage and family**, Vol. 59, issue 4, pp 884-903.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed Emotion & Psychiatric Relapse. **Archives of General Psychiatry, 55, 547 – 552**.

Cannon, T.D., Bearden, C.E. and others (2000), Childhood Cognitive Functioning in Schizophrenia Patients and Their Unaffected Siblings : a prospective cohort study, **Schizophrenia bulletin,** 26 (2): 379-393.

Chambon, O. , & Marie, C.M. (1993). Family Expressed Emotions and Schizophrenia : behavioral approach and family interactions. **Therapie-familiale**, 14 (4) 379-393.

Chien, Wai Tong (2008). Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia, The Chinese University of Hong Kong, Shatin, Hong Kong SAR, **The Open Nursing Journal**, 2, 28-39

De Groot, L. (2003). Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia. **Schizophr Bull, 26, 5 – 20**.

Defliur, L. & Everette, E. (1986). **Understanding Mass Communication**, Boston, Isughton Miffin Company.

Ellis, A., Crawford, T. (2000). **Making Intimate Connection, 7 Guide lines for Great Relationships and Better Communication**. Impact publishers, Inc.

Falloon, I.R.H, Held, T., Roncone, R., Coverdale, J.H., & Laidlaw, T.M.(1998).Optimal Treatment Strategies To Enhance Recovery Form Schizophrenia. **Australian and Newzeland Journal of psychiatry**, 32(1) 43-47.

Ghassemi, Gh. Reza, Assadulahi, Gh. Ali, And Mallik ,Shikha (2005). Family Education and Social Adjustment of Psychiatric Clients, **Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences**, Isfahan, Iran 15:2, 73-80

Ginsberg, B.C. and Vogelson, E. (1997). **Premarital Relationship Improvement by Maximizing Empathy and Self- Disclosure: The PRIMES Program In: Gurney B.C Relationship Enhancement: Skill Training Programs for Therapy, Problems Prevention And Enrichment**. 268- 288 SF: Jossey, Bass publishers.

Gottman, J.M. (1999): **Psychology and the Study of Marital Processes**. Annul Review of Psychology, 49, 169 – 97.

Greer, LA., Weerasekar P., Linder, B. & Goldberg, JO. (1997). Use Communication Skills Training for Schizophrenia. **AM Journal Psychiatric. 44, 247 – 255**.

Hemsley, D. R. (1994**) Schizophrenia: Treatment In S.Lindsay, & G. Powel (eds.),** the hand book of clinical adult psychology (2nd ed.) new York : routledge.

Heru, AM. (2000). Family Functioning, Burden, & Reward In The Caregiving For Chronic Mental. **III Fam Syst Health, 18, 91- 103**.

Johnson, D.W. (2000). **Reaching Out Interpersonal Effectiveness and Self Actualization**. Boston, Allyn and Bacon.

Jones, E., and Wallois. C (1989). Spouses Impressions of Rules For Communication In Public and Private Marital Conflicts. **Journal of Marriage & the family**. 57, 957-967.

Kogan, M.(2005). The Role of Disclosing Child Sexual Abuse on Adolescent Adjustment Revictmization**. Journal of child sexual abuse**, 14, 23-25.

Liberman, R. P., Mueser, K.T. & Wallace, C.J. (1986). Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping And Competence**. Schizophrenia Bulletin, 12, 631- 647.**

Liberman, RP., & Corrigan, PW. (1993). Designing New Psychosocial Treatment For Schizophrenia. **Psychiatry, 56, 238 – 249**.

Lidz, W.,& Lidz, T. (1949). The family Environment Of Schizophrenic Patients. **Amer. J. Psychiat**, 106, 332-345.

Lisiane, C. (2005). The Effect Of Family Psychoeducational Therapy And Social Skills Training on Burden, Coping Skills and Social Support of Caregivers of Patients Diagnosed With Schizophrenia and/or Schizoaffective Disorder**. University of Houston, 178 pages; AAT 3178381.**

Lussier, N & Irwin, D. (1990). **Human Relation in Organization**, A Skill Building Approach. Inc. U.S.A.

Meyerson, A., Long, J., Miranda, R., & Marx, P.(2002) The Influence of Childhood Sexual Abuse, Physical Abuse, Family Environment, and Gender of the on the Psychological Adjustment. **Child abuse & neglect**, 26, 19-387.

Montero, Isabel; Asencio, Ana; Hernandez, Ildelfonso; Masanet, Ma Jose; Lacruz, Maria; BeUver, Francisco; Iborra, Mercedes and Ruiz, Isabel (2001). Two Strategies for Family Intervention in Schizophrenia: A Randomized Trial in a Mediterranean Environment, **Schizophrenia Bulletin**, 27(4):661-670.

Mueser, K.T., & Glynn, S.M. (1999). **Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders**. (Second Edition). Okland, CA: New Harbinger.

Netherlands, Springer (1997) The Effects of Strategic and Behavioral Family Therapies on Child Behavior and Depression, **Behavioral science**, Vol 19 , 4, pp537-552.

Okasha, A.(1997), Comorbidity of schizophrenia, **Current Psychiatry**, (42): 128- 135.

Okun, B.F (1991). **Effective Helping. Interviewing, and Counseling Techniques**, Brooks/ Cole.

Olson, H.D., Olson, K.A. (2000). **Empowering Couples, Building on your Strengths**, Minnesota: Life innovation , Inc.

Paula, F. (2003). A Qualitative Analysis of The Negative Symptoms of Schizophrenia Interfering With Academic and Social Success, and the Exacerbators and Diminishers of Those Symptoms. **University of North Texas**, 504 pages; AAT 3117267.

Reza, GG., & Shikha, M.(2004).Efficacy of a Psychoeducational Programmed for the Social Adjustment Of Psychiatric Patients. **Hong Kong Journal Psychiatry,** 14, 7–14.

Riesch, K. Henriques & Chanchong. (2003) Effects of Communication Skills Training on Parents And Young Adolescents From Extreme Family Type. **Journal of child and adolescents psychiatric**. Vol. 16 issue, 4, 162-171.

Sharf, R.S. (1996). **Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases**, California- Books/ Cole publishing Company.

Slater, E. & Roth, M. (1979), **Clinical Psychiatry**, London: Baillierie Tindal & cassel.

Snow, C.W.(1998**). Infant Development**, (2nd ed) , new jersey: prentice hall.

Tarrier , N. Barrowclough, C. (1995). Family Intervention in Schizophrenia and Their Long –Term Outcomes. **International journal of mental health,** 24 (3) 38-53.

Tarrier , N Barrowclough, C. , porceddu , K. , & Fitzpatric , E. (1994) The salford Family Intervention Project : release rates of Schizophrenia at five and eight years. **British journal of psychiatry**, 165 (6) 829-832.

Torm, A.F. , Korten, A.E. Jacomb, P. A. , Rodgers , B., & pollitte ,p. (1997) Beliefs About the Helpfulness of Interventions for Mental Disorders : a comparison of general practitioners, psychiatrists and clinical psychologists. **Australian and new Zealand new journal pf psychiatry**, 31 (6) 488-851.

Watts, E.R. Ed. (2000). **Techniques in Marriage and Family Counseling**. Vol. 1, the American counseling Association.

Wxiong, Phillips, Hu & Kleinman. (2003). **Family-Based Intervention for Schizophrenic Patients in China**. **A randomized controlled trial.** Department of Community Medicine, Shashi City Veterans Psychiatric Hospital, China.

مواقع الانترنت:

http://www.medjordan.com -

الملحق (1)

(مقياس التواصل الأسري)

الجزء الأول : البيانات الشخصية للمريض

الجنس: □ ذكر □ أنثى

العمر :............................

المستوى التعليمي..................

تاريخ ظهور الأعراض المرضية :.....................

مدة مراجعة العيادات النفسية؟...........................

مدة تلق العلاج بالمستشفى :......................

ما هو أسلوب تلق العلاج الحالي للمريض؟

□ مراجعة دورية لعيادة الأمراض النفسية.

□ تناول العقاقير بشكل دوري ومستمر.

□ جلسات إرشاد نفسي.

□ جلسات تأهيل نفسي ومهني.

هل يوجد أي شخص من الأسرة يعاني الآن او عانى سابقاً الحالة المرضية نفسها ؟

□ نعم □ لا

الجزء الثاني : البيانات الشخصية للمستجيب

صلة القرابة بالمريض : □ أب □ أم □ أخ □ أخت □ زوج □غير ذلك/ حدد..........................

المستوى التعلمي :......................

الفترة الزمنية للتواجد مع المريض يومياً : (تقدر بعدد الساعات أو الدقائق)

المجال الأول: التواصل اللفظي

الرقم	الفقرات	موافق بدرجة كبيرة	موافق	غير موافق	غير موافق بدرجة كبيرة
.1	أناقش القرارات المتعلقة بحالة المريض مع أفراد أسرتي بشكل جماعي				
.2	أتبادل الأفكار مع أفراد أسرتي فيما يتعلق بالمريض.				
.3	أميل الى تجاهل ما يقوله أفراد الأسرة عند التحدث عن المريض.				
.4	يسود التوتر بيني وبين أفراد أسرتي لدى التحدث عن المريض.				
.5	أجد نفسي غير قادر على التفكير بنقاط ذات صلة بالنقاش مع أفراد أسرتي.				
.6	يتمسك أفراد أسرتي بآرائهم عند التحدث بشأن المريض.				
.7	تسود مشاعر الغضب بين أفراد الأسرة عندما نتحدث عن المريض.				
.8	يسود الصراخ بين أفراد أسرتي أثناء الحديث عن المريض.				
.9	يحتد النقاش بين أفراد الأسرة عند اتخاذ قرار يتعلق بالمريض.				
.10	يتلفظ أفراد أسرتي بكلمات انكار وجود أعراض مرضية أو وجود مريض بينهم.				
.11	أهتم في اكتساب أفراد أسرتي مهارات فعالة في التواصل بينهم.				
.12	لا أستطيع أن أتناقش مع أفراد الأسرة حول علاج المريض.				
.13	تمر أيام دون التحدث مع أفراد الأسرة بأساليب التعامل مع المريض.				
.14	يتلفظ بعض أفراد الأسرة بكلمات تحتوي على تجريح عند الحديث عن المريض.				

المجال الثاني: التواصل غير اللفظي

الرقم	الفقرات	موافق بدرجة كبيرة	موافق	غير موافق	غير موافق بدرجة كبيرة
.15	أتبادل نظرات الخيبة مع أفراد أسرتي لوجود مريض بيننا.				
.16	يتعمد افراد اسرتي الى تجنب النظر الى بعضهم البعض بسبب وجود المريض.				
.17	يعمد افراد اسرتي الى البكاء عند الحديث عن المريض.				
.18	تسود مشاعر القلق بين أفراد الأسرة بسبب وضع المريض الصحي.				
.19	تبدو مظاهر الحيرة واضحة على افراد اسرتي عند الحديث حول مستقبل المريض.				
.20	تظهر أعراض التوتر الجسدي عند التحدث عن المريض.				
.21	نفضل الجلوس بمعزل عن بعضنا البعض عند الحديث عن المريض.				

المجال الثالث : التواصل في مجال العلاقات الاجتماعية

الرقم	الفقرات	موافق بدرجة كبيرة	موافق	غير موافق	غير موافق بدرجة كبيرة
.22	نلتزم الصمت أثناء زيارة أحد الاصدقاء لنا عند الحديث عن المريض.				
.23	ينتاب أفراد الأسرة شعور بعدم الرغبة في الكلام بعد الانتهاء من زيارة الأصدقاء.				
.24	تترك زيارة الأصدقاء لدينا آثاراً سلبية بسبب وجود مريض في الأسرة.				
.25	لا نتبادل الزيارات الاجتماعية مع الآخرين بسبب وجود مريض في أسرتنا.				
.26	أشعر أن أفراد الأسرة لا يملكون المهارات الكافية للتحدث مع الآخرين حول المريض.				
.27	يتجنب أفراد الأسرة الحديث بأمر المريض أثناء زيارة الأصدقاء لنا.				
.28	اشعر بالحرج والارتباك عندما يسأل أحد الأصدقاء عن المريض.				
.29	نتجنب الخروج الى الأسواق أو المناسبات الاجتماعية وبرفقتنا المريض.				
.30	تراودنا أفكار بوضع المريض في مصح للتخلص من النظرة الاجتماعية السلبية للأسرة.				
.31	ان وجود المريض في الأسرة يحد من ممارسة النشاطات الاجتماعية.				

المجال الرابع : التواصل في مجال المعلومات عن المرض

الرقم	الفقرات	موافق بدرجة كبيرة	موافق	غير موافق	غير موافق بدرجة كبيرة
.32	يستمع أفراد الأسرة الى تعليمات الطبيب المعالج باهتمام لدى تقديمه نصائح وارشادات تتعلق بالمريض.				
.33	يهتم أفراد الأسرة بمعرفة طرق وأساليب التعامل مع المريض.				
.34	يحتاج أفراد أسرتي الى مزيد من المعلومات عن المريض.				
.35	يتبادل أفراد الأسرة المعلومات المتعلقة بالمرض.				
.36	أشعر أن لدى أفراد الأسرة رغبة في القراءة عن كيفية التعامل مع المريض.				
.37	يهتم أفراد الأسرة بمعرفة المزيد عن المرض من خلال شبكة الانترنت.				
.38	يهتم افراد الاسرة بالتعرف على كيفية تعامل اسر اخرى لديها مريض بحالة مماثلة				
.39	نسأل الطبيب عن المشكلات المتعلقة بالمريض.				
.40	يهتم افراد اسلاتي بمعرفة سبل مساعدة المريض.				
.41	يتطلع أفراد أسرتي لزيادة المعرفة حول أسباب المرض.				

الملحق (2)

(مقياس التكيف الأسري)

الجزء الأول : البيانات الشخصية للمريض

الجنس: □ ذكر □ أنثى

العمر :..........................

المستوى التعليمي.................

تاريخ ظهور الأعراض المرضية :....................

مدة مراجعة العيادات النفسية؟..........................

مدة تلق العلاج بالمستشفى :.....................

ما هو أسلوب تلق العلاج الحالي للمريض؟

□ مراجعة دورية لعيادة الأمراض النفسية.

□ تناول العقاقير بشكل دوري ومستمر.

□ جلسات إرشاد نفسي.

□ جلسات تأهيل نفسي ومهني.

هل يوجد أي شخص من الأسرة يعاني الآن او عانى سابقاً الحالة المرضية نفسها ؟

□ نعم □ لا

الجزء الثاني : البيانات الشخصية للمستجيب

صلة القرابة بالمريض : □ أب □ أم □ أخ □ أخت □ زوج □غير ذلك/

حدد..........................

المستوى التعلمي :.....................

الفترة الزمنية للتواجد مع المريض يومياً : (تقدر بعدد الساعات أو الدقائق)

المجال الأول : التكيف في مجال الضغوط الجسمية:

الرقم	الفقرات	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	بدرجة معدومة
1	يعاني من يرعى المريض من أفراد الأسرة من صداع مزمن				
2	يشعر القائم على رعاية المريض من أفراد الأسرة بالانهاك والتعب الجسدي				
3	يعاني بعض أفراد أسرة المريض من اضطرابات النوم				
4	يشعر القائمون على رعاية المريض من آلام في الرقبه				
5	يشعر أفراد اسرة المريض بفقدان الشهية				
6	يعاني أفراد أسرة المريض من مشاكل في المعدة				
7	يعاني أفراد الأسرة القائمون على رعاية المريض من ارتفاع في ضغط الدم				
8	يعاني من يرعى المريض من أفراد الأسرة بضيق في التنفس				
9	يعاني بعض أفراد الاسرة من اضطرابات في القلب				
10	يعاني القائم على رعاية المريض من احساس بثقل باليدين والقدمين				

المجال الثاني: التكيف في مجال الضغوط المعرفية:

الرقم	الفقرات	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	بدرجة معدومة
1	من الصعب على أفراد الأسرة اتخاذ القرارات بسبب وجود المريض				
2	يشعر بعض أفراد الأسرة بتراكم الواجبات وعدم القدره على أدائها في وقتها				
3	يجد بعض افراد الاسرة صعوبة في تركيز الانتباه على مهمة معينة				
4	يعاني بعض أفراد الأسرة من صعوبة تذكر الأشياء				
5	يشعر القائمون على رعاية المريض بالعجز تجاه التعامل مع المشكلات والمواقف الطارئة				
6	يشعر بعض أفراد الأسرة بضعف الدافعية وفتور الهمه لتحسين الكثير من الأمور العالقه				
7	يشعر بعض أفراد الأسرة بأنهم مشغولون لدرجة تعيقهم عن ممارسة هواياتهم وانشطتهم الأخرى				

المجال الثالث : التكيف في مجال الضغوط الاقتصادية:

الرقم	الفقرات	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	بدرجة معدومة
1	يعاني أفراد الأسرة من عدم وجود مصدر ثابت للدخل				
2	يشعر القائمون على رعاية المريض بزيادة الأعباء المالية على الأسرة بسبب تكلفة العلاج				
3	تعاني الأسرة من صعوبة التوفيق بين النفقات والدخل المادي				
4	تعاني الأسرة من زيادة المصاريف غير المتوقعه نتيجة رعاية المريض				
5	يشعر أفراد الأسرة بعدم القدرة على تخصيص ميزانية للترفيه والتنزه				
6	يؤثر وجود المريض سلباً على الأعمال التي يقوم بها أفراد الاسرة				

المجال الرابع : التكيف في مجال الضغوط الانفعالية:

بدرجة معدومة	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة	الفقرات	الرقم
				يشعر القائمون على رعاية المريض بالاجهاد والاعياء النفسي نتيجة متابعة المريض	1
				يشعر أفراد الأسرة بالحزن عندما يتحدثون عن مريضهم	2
				يبكي القائمون على رعاية المريض في الأسرة عند مواجهة أي موقف ضاغط	3
				يشعر أفراد الأسرة بالقلق على ما سوف يحصل للمريض عندما لا يستطيعون العناية به	4
				يشعر أفراد الأسرة بالقلق نتيجة التغير في مظهر المريض	5
				يشعر أفراد الأسرة بالخوف على صحة المريض وما يمكن أن تؤول إليه حالته	6
				يشعر أفراد الأسرة بالانقباض بشكل مفاجئ ودون سبب واضح	7
				يتملك أفراد الأسرة شعور بأن شيئاً غير سار قد يحدث	8
				يشعر القائمون على رعاية المريض باليأس لعدم امكانية شفائه	9

المجال الخامس : التكيف في مجال الضغوط الاجتماعية:

بدرجة معدومة	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة	الفقرات	الرقم
				تتجنب الأسرة أداء كثير من الواجبات الاجتماعية بسبب وجود المريض	1
				يشعر أفراد الأسرة بأن علاقاتهم الاجتماعية قد تقلصت بسبب وجود المريض	2
				تفتقر الأسرة لعلاقات اجتماعية مع الآخرين	3
				تشعر الأسرة بالخجل من وصمة المجتمع حول المرض النفسي	4
				يشعر أفراد الأسرة بالانزعاج من الفضول الاجتماعي وكثرة الاستفسارات عن وضع المريض	5
				يتجنب أفراد الأسرة الالتقاء بالناس قدر الامكان	6
				يحاول أفراد الأسرة اخفاء وجود مريض لديهم عن الناس	7
				يشعر أفراد الأسرة بخيبة أمل عندما يتعرض المريض الى الرفض من الآخرين	8
				يشعر أفراد الأسرة بالراحه وهم بعيدون عن الناس	9
				يتجنب أفراد الأسرة الحديث عن أوضاع المريض للأصدقاء والجيران	10

ملحق (3)
برنامج الارشاد السلوكي لأسر مرضى الفصام

يتم إعداد المشاركين للبرنامج من خلال مقابلات فردية مع كل مشارك مع الأخذ في عين الاعتبار الفروق بين المشاركين في المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي، فتستخدم المرشدة اللغة التي تناسب كل فرد. وتكون المقابلة الفردية على النحو التالي:

- تجتمع المرشدة مع المشارك في البرنامج الذي يكون أكثر الأشخاص المهتمين بالمريض في الأسرة حيث يتم الاجتماع في مكان محايد (مستشفى، عيادة، مركز الارشاد النفسي..).

-تعرف المرشدة بنفسها من حيث الخبرة والاهتمامات وتطلب من المشارك أن يعرف بنفسه، طبيعة عمله، اهتماماته، علاقته بالمريض،ونظرته الى وضع المريض، وماهي توقعاته الحاضرة والمستقبلية بالنسبة للمريض، وذلك بطرح سؤال مفتوح عن ذلك.

-تبدأ المرشدة في تأسيس العلاقة الارشادية عن طريق استخدام تطوير العلاقة مشيرة الى أهمية الارشاد الأسري من وجهة نظر علمية ومن وجهة نظر المختصين من أطباء وأخصائيو علم النفس والارشاد موضحة كيف أن أفراد أسرة المريض الذين يظهرون اهتماما ممكن أن يساعدوا في علاج المريض، ومن خلال هذه الجلسة تصف المرشدة الأهداف من تدخل الأسرة وما الفائدة التي تتحقق منها بالشكل التالي:

-تقول المرشدة: أود أن أوضح برنامج الارشاد الأسري المتبع في مثل هذه الأحوال، إن أحد الأفكار الأساسية لهذا البرنامج هي محاولة مساعدة الأسر الذين يختبرون هذا النوع من المصاعب المتعلقة بوجود مريض نفسي في الأسرة والعمل ما أمكن مع الأسرة لمساعدتهم على تحقيق أهدافهم الشخصية المتعلقة بمساعدة أنفسهم ومساعدتهم في التعامل مع المريض.

أحيانا يظهر الانزعاج والتوتر بين المريض وبعض أفراد أسرته، لذا أحد أهداف الارشاد الأسري هو التخفيف من التوتر والتغلب على مصادره عند كل شخص في الأسرة.

حتى لو لم تظهر هذه المشكلة في الأسرة، فإن هذه الجلسات يمكن أن تساعد أفراد الأسرة ليتعلموا أكثر حول مشكلة المريض والأعراض وكيفية التعامل مع المريض وكيفية التواصل والتعبير عن الذات، وأيضا تهدف الى المساعدة في اندماج المريض بالمجتمع بشكل أفضل.

- محور هذه الجلسات سيتركز وبطرق ايجابية على المستقبل سواء كان مستقبل المريض أو مستقبل الأسرة بشكل عام، وتسعى ليتعرف أفراد الأسرة على طبيعة هذا الاضطراب ليكونوا أكثر فاعلية في

العلاج، كما تسعى لتحسين التواصل عند أفراد الأسرة، وحل المشكلات مع بعضهم البعض، وتخفيف التوتر وتحسين فاعلية أعضاء الأسرة.

- تفتح المرشدة باب النقاش بطرح سؤال مفتوح:

ما رأيك بما سمعته؟

ثم تبدأ بطرح أسئلة محددة مثل: هل أنت مهتم بالانضمام للبرنامج الارشادي؟ ما هي الأشياء التي تمنعك من الانضمام؟ هل لديك استفسارات وتساؤلات عن البرنامج الارشادي.

-تستمع المرشدة الى رأي المشارك وتجيب ما أمكن وبشكل مختصر وواضح وتركز في نقاشها على التعريف بالفوائد المحتملة من البرنامج الارشادي مما يساعد المشارك الى قبول الأهداف الأساسية للبرنامج بكل قناعة بما يتضمنه من زيادة مساعدة المريض على الاستقلالية والتكيف، وتخفيف الضغوط على أفراد الأسرة، وجعل الأسرة جزء ممتد لفريق معالجة المريض،كما تؤكد المرشدة على أن البرنامج الارشادي سوف يحسن من فهم أفراد الأسرة للاضطراب النفسي، مهارات التواصل لديهم، قدرتهم على التعامل مع المشكلات الشائعة والخاصة التي يواجهونها مع المريض، كما تخلص المرشدة الى أن هذا البرنامج الارشادي هو منهج تعليمي.

-تمهيدا وتهيئة لمشاركة أفراد أسر مرضى آخرين تقول المرشدة: أود أن أحيطك علما بأنه اعتبارا من الجلسة القادمة سوف نجتمع مع أفراد أسر مرضى آخرين لديهم نفس المشكلة، إن هذا الأسلوب قد تكون غير معتادا" عليه ولكنه ذو فائدة حيث أثبتت الدراسات أن أثر جلسات الارشاد للأسر ذو فاعلية أكثر من ارشاد أسرة واحدة كون المجموعة تؤمن لأعضائها دعم متبادل. فكل فرد يدعم الآخر ويشعره بأنه ليس وحيدا وأن كل فرد لديه خبرات مشابهة لخبرات الأفراد الآخرين وهو يفهم مشاعرهم، كما أن المجموعة تساعد على تزويد الأفراد بمصادر مختلفة من المعلومات واستراتيجيات التكيف المختلفة لهذه المواقف فكل فرد من المشاركين لديه خبرات واستراتيجيات خاصة مختلفة في التعامل مع المريض، وسواء كانت هذه الاستراتيجيات جيدة أم لا فان كل فرد يستطيع أن يسيفيد من هذه الخبرات وفي النتيجة سيتم تبادل الخبرة والاستفادة من بعضكم البعض، ومن فوائد هذه الجلسات ماتقدمه المجموعة للمشاركين من توفير شبكة اجتماعية تفهم ظروف بعضهم البعض وتقدر المصاعب التي يمرون بها وتقترح الحلول المناسبة وبذلك تخرجهم من جو العزلة الذي وضعوا أنفسهم به تبعا لظروف المرض والمريض، وتساعدهم في التخلص من الوصمة الاجتماعية التي فرضها عليهم وجود مريض نفسي في الأسرة.

-توضح المرشدة بأن المشاركة في البرنامج اختيارية وتستفسرعن مدى رغبة المشارك بالانضمام الى البرنامج الارشادي وأهمية التزامه بالحضور الى الجلسات الارشادية، فتقول له : بعد استعراض هذه المزايا التي يحققها البرنامج الارشادي ما رأيك هل ترغب بالانضمام اليه؟ وإذا أجاب بنعم تؤكد المرشدة أن هذا يتطلب الالتزام بالحضور الى الجلسات الارشادية والقيام ببعض الواجبات والمهام المطلوبة في الفترات ما بين الجلسات، مثل هذه الواجبات ستكون هامة لتحقق مصلحة الأسرة بشكل عام ومصلحة المريض بشكل خاص.

-تعرض المرشدة من المشارك أن يوقع موافقة خطية على الالتزام بالبرنامج الارشادي واستعداده بأن يقوم بالواجبات المطلوبة منه.

مرحلة إنخراط الأسرة في البرنامج:

الجلسة الأولى: المدة الزمنية:90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع ان تتحقق الأهداف التالية:

- أن يتعرف المشاركون على بعضهم البعض ويتآلفوا.

-مناقشة أهداف برنامج الارشاد الأسري السلوكي.

- الاجابة عن أسئلة واستفسارات أفراد الأسرة حول البرنامج.

- الوصول الى التزام المشاركون للمشاركة في البرنامج.

- تحديد مكان ووقت الجلسات بما يتناسب مع المشاركين.

الاجراءات: لتحقيق الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

-ترحب المرشدة بالمشاركين وتشكرهم على التزامهم بالحضور وتجمع منهم الموافقة الخطية على الانضمام الى البرنامج، وتؤكد لهم بأن التزامهم بالحضور وبتعاونهم بالقيام بالواجبات المطلوبة سيكون ذو فائدة لهم وللمريض. تطلب المرشدة من الأفراد المشاركين أن يعرفوا بأنفسهم وبما يرغبون أن يعرف الآخرين عنهم، مثل طبيعة عملهم، اهتماماتهم، علاقتهم بالمريض،....

-تفتح المرشدة المجال لتواصل المشاركين مع بعضهم البعض، و تجيب على أسئلتهم وتزودهم بمعلومات أساسية عن الاضطراب النفسي أعراضه وعلاجه والتنبؤ بمستقبله، وتظهر رغبتها في مشاركة أفراد الأسرة بالمعرفة الموجودة لديها ومشاركتهم بالعمل.

-تحاول المرشدة أن تجعل أفراد الأسرة يعرفوا أنهم ليسوا وحيدين وأن آلاف الأسر تمر بهذه الخبرة وتعمل على إيضاح بأن أهم العوائق التي يختبرها المريض النفسي وأهله هي ضرورة أن يتكيفوا مع الاضطراب ومواجهة الوصمة الاجتماعية للمرض النفسي وإيضاح بأن رغبة الكثير من الناس في

التعامل مع المشكلات الشخصية لوحدهم تقلص من التواصل الاجتماعي لأسرهم وتزيد من شعورهم بالتوتر، ولتجاوز هذا الشعور بالعزلة، تعمل المرشدة على مساعدتهم ليفهموا أنهم ليسوا لوحدهم يعانون من ذلك عن طريق سرد خبرات لحالات من المرضى، والتأكيد بأن الكثير من الناس لديهم مشكلات مشابهة. وتشرح المرشدة لهم أن البرنامج الأسري تم وضعه أساسا لحل هذا النوع من المشاكل، وتساعدهم بأن يدركوا أن هناك آخرون لديهم خبرات تكيفية مع المرض النفسي وهذا يساعد أفراد الأسرة ليدركوا أنهم جزء من مجتمع كبير يعاني البعض فيه من نفس المشكلة.

-تتيح المرشدة المجال لأفراد الأسرة بالتنفيس عن مشاعرهم واحباطاتهم وغضبهم وذلك باستخدام مهارات الاصغاء الفعال مما يشجع أفراد الأسرة على التكلم وتجعلهم يعلمون أن احباطاتهم وغضبهم تم فهمه من قبل المرشدة، وبعد تعبير أفراد الأسرة عن مشاعرهم يصبحوا جاهزين لمناقشة المعالجة الأسرية والتغيرات الايجابية في المستقبل.

-لغرس الأمل في التغيير تقوم المرشدة بإظهار التعاطف مع أفراد الأسرة، بحيث تُعلمهم أنها تشعر معهم وتفهم مشكلاتهم والمصاعب التي يمرون بها، وتقول لهم بأن برنامج الارشاد الأسري صمم لمساعدة الأسر ليتعلموا كيف يتعاملوا مع هذه المشاكل، وتعطيهم أمثلة عن أسر لديها نفس الظروف واستفادوا من المشاركة في برنامج الارشاد الأسري، كما أنها تقوم بالاجابة عن تساؤلات المشاركين وتشجعهم على الانخراط بجلسات الارشاد الأسري الجمعي لفوائده العديدة، وتقول لهم إن ما سيدور خلال الجلسات سيبقى سريا وسيلتزم الجميع بهذا وأي شخص يقوم بخرق هذه السرية سوف يستبعد من البرنامج وسيحرم من الفوائد المرجوة منه. كما تؤكد المرشدة بأنه في بعض الحالات يستوجب الموقف إجراء جلسات فردية في القضايا الحساسة التي تتطلب ذلك الى أن يقبل الفرد أن يناقش ذلك جماعيا مع باقي المجموعة.

-تقوم المرشدة مع أفراد الأسر الذين رغبوا في الانضمام لهذه الجلسات بتحديد وقت ومكان الجلسات بما يتناسب مع ظروف المشاركين وتوفير التسهيلات المطلوبة للجميع. تستفسر المرشدة عن الصعوبات التي يواجهونها من أجل الحضور الى الجلسة سواء تعلقت بالمواصلات، وقت الجلسة، تأمين المريض والأطفال قبل الحضور الى الجلسة، ويتوصل الجميع الى حلول لمشاكلهم حول زمان ومكان الجلسة والاجراءات التي سوف يتبعونها لتأمين المريض والأطفال قبل المجيء الى الجلسة.

-تطلب المرشدة من المشاركين القيام بمهام بسيطة في البيت تتضمن كتابة انطباعاتهم حول الجلسة وما سمعوه، وأية أسئلة تخطر على بالهم لم يناقشوها على أن يتم مناقشة ذلك في بداية الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية: المدة الزمنية: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1 - مراجعة أهداف ومكونات برنامج الارشاد الأسري السلوكي من قبل المرشدة والمشاركين.

2 - أن يتعرف المشاركون على ما هو متوقع منهم.

3 - أن يتعرف المشاركون على ما هو متوقع من المرشدة.

الاجراءات: لتحقيق الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

-ترحب المرشدة بالمشاركين وتشكرهم على الانضمام الى المجموعة الارشادية وتؤكد مرة أخرى على مبدأ السرية والالتزام.

-تقوم المرشدة بمناقشة الواجب البيتي بالاستماع الى انطباع المشاركين عن الجلسة السابقة وتجيب على أسئلتهم واستفساراتهم.

-توزع المرشدةعلى أفراد الأسرة نشرة توضيحية تحتوي على دور المرشدة، أهداف البرنامج، مكونات البرنامج، ما هو متوقع من أفراد الأسر، ما هو متوقع من المرشدة.

-تقول المرشدة أن الهدف من لقائنا اليوم هو مراجعة أهداف برنامج الارشاد الأسري ومناقشة ما هو متوقع من المشاركين وما يتوقعه المشاركون من المرشدة. تقول المرشدة: في هذه النشرة ستجدون ملخصا لهذه النقاط الرئيسية التي سوف نناقشها، معظم هذه المعلومات الموجودة هنا قمنا بمناقشتها معكم في السابق، ولكن من المفيد أن نراجعها مرة أخرى وذلك للتأكد من فهم جميع المشاركين للبرنامج الارشادي.

تقوم المرشدة باستخدام النشرة لمراجعة البرنامج وتوضح كل نقطة موجودة في النشرة وتتأكد من فهم كل فرد من المشاركين لها، وتطرح بعض الأسئلة وتجيب عن تساؤلات المشاركين حول النقاط الموجودة في النشرة.

تشرح المرشدة دورها في البرنامج الارشادي بأنها ستكون موجهه للمشاركين لتزودهم بمعلومات جديدة حول طبيعة اضطراب المريض كل حسب حالته وشدة أعراضه وتبين بأن المرضى يختلفون في هذه الأعراض حتى لو كان التشخيص واحدا"، وعلاج هذا الاضطراب، كما يتضمن دور المرشدة المساعدة في تطويرمهارات أكثر فاعلية للتكيف مع الاضطراب عند المشاركين.

إن المعرفة المشاركين المسبقة لأهداف البرنامج الارشادي أمر هام حيث تؤكد المرشدة على ضرورة استعراضها والتي تناقشها بما يلي:

الهدف الأول والرئيسي للبرنامج الارشادي هو تخفيف التوتر في العلاقات الأسرية بما في ذلك علاقة أفراد الأسرة مع بعضهم البعض وعلاقة أفراد الأسرة مع المريض.

أما **الهدف الثاني** فهو تحسين التواصل بين أفراد الأسرة.

والهدف الثالث هو زيادة فهم أفراد الأسرة للمرض وزيادة تقبلهم له مما ينعكس على زيادة تكيفهم مع المرض ومع المريض وبالتالي على صحتهم النفسية.

أما **الهدف الرابع** والأخير فهو مساعدة أفراد الأسرة لتعلم مهارات حل المشكلات.

وعن مكونات البرنامج الارشادي تلخص المرشدة المكونات المختلفة للبرنامج الارشادي بما يتضمنه من: التقييم، التثقيف، تطوير مهارات التواصل، تطوير اسلوب حل المشكلات بصورة عامة، وحل المشكلات الخاصة. فتقول: خلال عملية التقييم سوف أطلب منكم الاجابة على استبيان تم تطويره خصيصا لهذا البرنامج الارشادي، أما في الجلسات التثقيفية التعليمية سوف أزودكم بمعلومات عن أعراض المرض، أساليب العلاج بالعقاقير وغيرها، أما في جلسات التدريب على مهارات الاتصال فسوف نتدرب مثلا على كيفية التعبير الملائم عن المشاعر السلبية والايجابية، وفي جلسات التدريب على حل المشكلات فسنتدرب على كيفية حل المشكلات بتعريف المشكلة الأسلسية ذات الأولوية وتوليد الحلول لهذه المشكلة، أما في حل المشاكل الخاصة فسنقوم بالتعرف على المشكلات الخاصة بكم وبالمريض وسنقوم بالعمل معا" على حلها. هذه خلاصة المكونات الرئيسية للبرنامج الارشادي ويتوقع أن تستغرق 22 جلسة بواقع جلستين اسبوعيا وآمل بتعاونكم تحقيق فوائد كثيرة.

وعما هو متوقع من أفراد الأسر تقول المرشدة: ان البرنامج يحتوي على نواحي تعليمية وبالتالي فإن هذا يتطلب من أفراد الأسرة المواظبة على الحضورالى الجلسات، القيام بالواجبات البيتية مثل التدريب على المهارات التي تعلموها من خلال الجلسات ومن خلال لعب الدور وتطبيق ماتعلموه بممارسة هذه المهارات تدريجيا في البيئة الطبيعية، وهذا يقود الى اكتساب مهارات جيدة والحصول على نتائج ايجابية.

(هذه الرسالة التي تتضمن أن تحسين أوضاع الأسرة وانجاز أهدافها ينبع من داخل الأسرة نفسها سوف تدعمهم وتحفز دافعيتهم للقيام بالواجبات المنوطة بهم.)

تشجع وتؤكد المرشدة خلال الجلسة على ضرورة الالتزام بالحضور وأنه في حال رغبة أفراد الأسرة بالإعتذار عن الجلسة فمن المفضل أن يكون ذلك قبل يوم من الجلسة على أقل تقدير. تضيف المرشدة بعض التوصيات في حال إجراء المقابلات في بيئة المريض فإنه خلال الجلسات مطلوب الهدوء والعمل على إزالة المشتتات سواء كانت سمعية أو بصرية حتى يتمكن أفراد الأسرة من تعلم الأشياء التي تقدم خلال الجلسات، كما أن الاضاءة والتهوية والتدفئة يجب أن تكون جيدة.

أما المتوقع من المرشدة في البرنامج الارشادي فهو توفير العلاقة التعاونية بينها وبين المشاركين وأن تكون قدوة بالالتزام بالحضور بالأوقات العادية للجلسات وتوفير بيئة مريحة للمشاركين خاصة إذا كانت الجلسات تعقد في العيادة أو المركز الارشادي، القيام بالتدخلات الارشادية المنظمة، مراعية السرية التامة للمعلومات ولما يدور خلال الجلسات، تحضير مواد الواجبات البيتية وتزويد المشاركين بها، وتؤكد المرشدة بأن المشاركين يستطيعون الاتصال بها في الفترات الزمنية بين الجلسة والأخرى في حال حدوث شيء طاريء وأنها ستكون ملتزمة بالاجابة عن تساؤلاتكم ومساعدتكم في الأمور الطارئة قدر استطاعتها.

ما رأيكم بما سمعتموه؟ هل لأحدكم استفسارات أو تساؤلات ؟

-تشجع المرشدة المشاركين بضرورة الالتزام والحضور الى الجلسة القادمة كونها ستكون جلسة تقييم وممهدة للدخول الى مكونات البرنامج.

-وفي نهاية الجلسة تطلب المرشدة من المشاركين أن يكتبوا انطباعاتهم عن الجلسة وما دار فيها، كما تطلب منهم أن يكتبوا الأسئلة والاستفسارات التي تخطر على بالهم حتى يناقشوها في الجلسة القادمة.

التقييم:

الجلسة الثالثة: المدة الزمنية: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1 -تطبيق مقياس التواصل والتكيف الأسري عند أسر مرضى الفصام.

2 -مناقشة أية أسئلة أو استفسارات للمشاركين تتعلق بفقرات المقياس.

الاجراءات: لتحقيق الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

-ترحب المرشدة بالمشاركين وتشكرهم على التزامهم بالحضوروتقوم بمناقشة الواجب البيتي بالاستماع الى انطباع المشاركين عن الجلسة السابقة وتجيب على أسئلتهم واستفساراتهم.

-تقوم المرشدة بتذكير المشاركين بالفوائد التي تحققها المجموعة الارشادية الأسرية عن الارشاد الأسري كأسرة واحدة فقط، وتقوم بالاجابة عن التساؤلات والاستفسارات التي يطرحها المشاركين كما تطلب المرشدة من المشاركين الاجابة على استبيان التواصل والتكيف عند أسر مرضى الفصام، وتقول لهم: ان أحد أهداف برنامجنا الارشادي هو تحسين التواصل والتكيف عند أسر مرضى الفصام، ولذلك قمت بتطوير استبيان لأتعرف من خلاله على مستوى التواصل والتكيف الموجودين في أسركم وهذا سيفيدني ويفيدكم في ملاحظة التحسن في تواصلكم ومهارات تكيفكم مع المريض وتحسين الظروف المحيطة بكم وبالتالي يفيد في معرفة نجاح البرنامج الارشادي، سوف اطلب منكم الاجابة

على هذا الاستبيان وفي الجلسة النهائية سوف أطلب منكم أن تعيدوا الاجابة عليه مرة أخرى، وأنا جاهزة للإجابة على تساؤلاتكم عن أي أية أشياء تريدون الاستفسار عنها في هذا الاستبيان.

-توزع المرشدة الاستبيان على الأفراد المشاركين وتشجعهم على الاجابة عليه وتجيب عن تساؤلاتهم، وتؤكد لهم بأن المعلومات التي ستحصل عليها ستبقى سرية ولن يطلع عليها أحد وهي فقط لغايات البحث.

-تجمع المرشدة الاستبانات وتشكر المشاركين على الاجابة عليها وتشجع على ضرورة الالتزام بالحضور الى الجلسة القادمة من أجل البدء بالبرنامج الارشادي للحصول على الفائدة المرجوة منه.

مرحلة التثقيف:

من المبادئ الأساسية في الجلسات التثقيفية النفسية ولمساعدة المشاركين في فهم الاضطراب النفسي أن لا تقوم المرشدة بتقديم المعلومات بطريقة التدريس والتلقين، ولكن يجب أن تحتوي الجلسات التثقيفية على أكبر قدر ممكن من التفاعل بين المرشدة والمشاركين. وهذا يتطلب من المرشدة أن تثير خبرات المشاركين عن الاضطراب، بالتعرف على المعلومات الموجودة لديهم عن المواضيع التثقيفية النفسية المقدمة ليتم تغطيتها، وفيما بعد طرح الأسئلة التي تعكس فهمهم للمادة المقدمة وبالتالي تقييم مدى اكتساب المشاركين للمعلومات عن الاضطراب وتوجيه سير الجلسة لتقديم معلومات جديدة بناء عليها.

يتم تقديم المعلومات باستخدام العديد من المعينات البصرية مثل اللوح، النشرات، الملصقات، الجداول. وفي نهاية كل جلسة تعطي المرشدة للمشاركين واجب بيتي تتم مراجعته في بداية الجلسة اللاحقة وتستعلم المرشدة ما إذا كان لدى المشاركين أسئلة حول المعلومات التي تمت مناقشتها في الجلسة السابقة.

الأهداف الأساسية من تثقيف الأسرة هي:

1 - التعرف على الاضطراب النفسي والإعتراف به وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة.
2 - التقليل من المشاعر السلبية عند أفراد الأسرة.
3 - تعزيز تعاون أفراد الأسرة في الخطة العلاجية.
4 - زيادة قدرة الأسرة على مراقبة الاضطراب.

ويتحقيق ذلك من خلال الجلسات التالية:

الجلسة الرابعة: المدة الزمنية: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1-أن يتعرف المشاركون على اضطراب الفصام ونسبة انتشاره.

2- أن يتعرف المشاركون على المفاهيم الخاطئة عن المرض النفسي أسبابه وعلاجه.

3- أن يتعرف المشاركون على كيفية تشخيص الفصام.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- تقول المرشدة: يمثل تثقيف الأسرة دورا أساسيا في برنامج الارشاد الأسري كونه يمثل القاعدة الأساسية للتعاون بين الأسرة والطبيب، فلن يتمكن أفراد الأسرة أن يصبحوا أعضاء فاعلين في فريق المعالجة ما لم يمتلكوا الفهم الكافي لأعراض الاضطراب، أسبابه، ومبادئ المعالجة. فالأسر بدون هذه المبادئ الأساسية سيظلون معتمدين على المختصين في مراقبة الاضطراب ولن يكونوا قادرين على تعزيز التزام المريض بالعلاجات، وتشجيع خطوات التقدم الصغيرة التي يقوم بها المريض للوصول الى الفاعلية الذاتيةعنده. لذلك فإن تثقيف الأسرة حول مرض الفصام يمثل حجر الزاوية لنجاح المعالجة ككل. كما أن استخدام برنامج الارشاد الأسري يمكن أن يساعد في التخطيط لمستقبل المريض وتحديد أدوار أفراد الأسرة في مساعدة المريض.

- تقول المرشدة في البداية سوف نتعرف على اضطراب الفصام،وتطرح سؤال مفتوح هل لديكم فكرة عن هذا الاضطراب؟

- تستمع المرشدة الى ما يقوله المشاركون، وبعد ذلك تصحح المعلومات والأفكار الموجودة لديهم فتشرح لهم أن الفصام هو اضطراب نفسي خطير ممكن أن يؤثر على جميع مظاهر الحياة اليومية بما يتضمنه من العمل، العلاقات الاجتماعية، ومهارات العناية بالذات(النظافة الشخصية، العادات الصحية)، الأشخاص المصابون في هذا الاضطراب لديهم أنواع كثيرة من الأعراض، تتضمن مشاكل مع اتصالهم بالواقع (هلاوس وضلالات)، دافعية منخفضة. وغالبا ما يستوجب هذا الاضطراب المكوث في مستشفى الأمراض النفسية لبعض الوقت للمعالجة.

ممكن وصف الفصام أنه " الحلم أثناء اليقظة التامة" لذلك من الصعب على مريض الفصام أن يميز بين الواقع والخيال.

(من المفيد أن تقوم المرشدة بسؤال كل فرد من أفراد الأسر عن أثر المرض النفسي عليه، وهذا يساعد في فهم أن كل فرد قد تأثر من المرض النفسي وبالتالي يساعد على خلق روح تعاونية بينهم للعمل على تجاوز المشكلات الناتجة عن المرض النفسي.)

- وعن المفاهيم الخاطئة المرتبطة بالمرض النفسي تقول المرشدة: هنالك عدة مفاهيم خاطئة يعتقد بها الناس اكتسبوها من الأفلام والمسلسلات، وسائل الإعلام،الأخبار. أظهرت الدراسات أن أكثر هذه

المفاهيم الخاطئة شيوعا هي: ان مريض الفصام لديه عدة شخصيات كما نراها في الأفلام، والحقيقة أن مريض الفصام لديه شخصية واحدة فقط، أما اضطراب تعدد الشخصيات فهو اضطراب مختلف تماما عن الفصام وله علاقة بالهستيريا. ومن المفاهيم الأخرى أن الأسرة هي المسببة للإضطرابات النفسية، والحقيقة أن أساليب التربية الوالدية، الصراعات الأسرية، وضعف التواصل في الأسرة لا تسبب الاضطرابات النفسية وإنما تكون عاملا" مساعدا" لإثارة الأعراض، وان الاضطرابات التي تنتشر في بعض الأسر يكون للعامل الجيني دورا" كبيرا" بها وليس بسبب الخلافات ما بين أفراد الأسرة. المفهوم الخاطئ الثالث الذي يعتقد به الناس وهو نتيجة الإعلام فعندما يقوم أحد المرضى النفسيين بجريمة ما فإن وسائل الإعلام تتناقل هذا الخبر وتظهره بشكل مثير مما يؤدي الى إنطباع عند الناس أن الأشخاص المضطربين نفسيا هم غالبا عنيفين، والحقيقة أن المرضى النفسيين هم غالبا ليسو عنيفين، بالرغم من أن بعض المرضى لديهم ميل للعنف عندما تسوء الأعراض لديهم الا أن معظمهم يقومون بالانسحاب بعيدا عن الآخرين في حال سوء الأعراض لديهم. أما عن الاعتقاد أن الإدمان على الكحول أو المخدرات يسبب الاضطرابات النفسية فإن الدراسات تشير الى أن الادمان ممكن أن يستثير الاضطراب النفسي عند الأشخاص المهيئين لذلك ولكن لا يسبب الاضطراب. ومن المفاهيم الخاطئة أن المرض النفسي ناتج عن السحر أو الشعوذة.

- وعن مقولة أن مريض الفصام يستطيع السيطرة على الأعراض تقول المرشدة: أن المرضى النفسيين لا يستطيعون السيطرة المباشرة على الأعراض الموجودة لديهم اكثر من الأشخاص الذين لديهم ظروف صحية تتطلب المعالجة الدوائية مثل ارتفاع ضغط الدم أو السكري بالاضافة الى أن مريض الفصام لا يعرف كنهه أعماله في حال ظهور الأعراض وليس لديه استبصار. كما أن المرضى النفسيين ليس لديهم ضعف في النواحي الأخلاقية كما يعتقد الناس لكنهم قد يقومون من غير وعي بتصرفات غير مقبولة اجتماعيا.

- أما عن نسبة انتشار الاضطراب تقول المرشدة: جاء في دليل التشخيص الأمريكي والعالمي للأمراض النفسية أن ما نسبة 1% من السكان يصاب بالفصام خلال حياته، فالفصام يعد أحد الاضطرابات الشائعة فالأشخاص المصابون بهذا الاضطراب يشغلون الأسِرَة في المستشفيات أكثر من المصابين بالاضطرابات النفسية الأخرى. فهذا الاضطراب يظهر في جميع أنحاء العالم ويصيب الأشخاص بغض النظر عن دينهم أو عرقهم أو ثقافتهم أو مستواهم الاجتماعي والثقافي.

(وهذا بدوره سيخفف من عبء مشاعر الوحدة التي يشعر بها المشاركين لأنهم سيعرفون أن هنالك أسر أخرى لديها مشاكل مشابهة. وبالتالي تخفيف اللوم على الأسرة لحدوث الاضطراب.)

- أما عن سير المرض تقول المرشدة: يبدأ الاضطراب في العادة في المراهقة المتأخرة أو بداية الرشد، وغالبا في المرحلة العمرية ما بين سن(16- 30). وبالرغم من أن الأعراض تتحسن تدريجيا مع تقدم المريض في السن فإن هذا الاضطراب يستمر مدى الحياة. تظهر أعراض المرض بأشكال مختلفة وأحيانا قد يمكث المريض في المستشفى من أجل معالجة الأعراض الحادة، وإن معظم المرضى تستمر لديهم الأعراض لفترات زمنية طويلة إذا لم يتلقوا العلاج الملائم.

(من خلال مساعدة المرشدة أفراد الأسر ليفهموا أن مشكلة مريض الفصام تمثل اضطراب نفسي فإن المرشدة تشجع أفراد الأسر لتقبل الاضطراب والمحددات التي يفرضها الاضطراب على المريض، وهذا بدوره يزيد من قدرتهم على تطوير توقعات واقعية من المريض، بالاضافة الى التخفيف من لوم المريض على الأعراض السلوكية التي تظهر عنده، كما أن فهم الاضطراب النفسي من قبل أفراد الأسر يجعلهم يقومون بتشجيع المريض على تحمل المسؤولية في المجالات الممكنة، وذلك يؤدي الى عدم السماح له بأن يقوم بلعب" دورالمريض").

- تقول المرشدة: إن تشخيص الفصام يتم بأساليب مختلفة منها مقابلة الطبيب أو تطبيق بعض المقاييس، والغاية من المقابلة هو تحديد ما إذا كان المريض يختبر أعراضا محددة من الاضطراب، وإذا كانت هذه الأعراض موجودة منذ فترة زمنية كافية لتنطبق عليها معايير التشخيص. ويجب على الطبيب الذي يقوم بالتشخيص بالاضافة الى المقابلة أن يجري فحوصات أخرى للتأكد من عدم وجود مشاكل فسيولوجية عند المريض والتي ممكن أن تسبب أعراض مشابهة للفصام، مثل ورم في الدماغ أو الادمان على الكحول أو المخدرات. "الفصام لا يمكن تشخيصه بفحص الدم، التصوير بالأشعة السينية، التصوير المقطعي، أو أية فحوص مخبرية. المقابلة ضرورية من أجل التشخيص".

- وبعد تقديم هذه المعلومات تشجع المرشدة المشاركين لطرح أية استفسارات وبعد ذلك تشكرهم على تعاونهم وتطلب منهم كواجب بيتي الاجابة عن الأسئلة التالية:

ما هو اضطراب الفصام، وكيف يتم تشخيصه؟ كما تطلب منهم أن يراقبوا الأعراض التي تظهر على مريضهم من حيث الشدة والتكرار ويدونوا ذلك على ورقة وأن يجلبوا الورقة معهم الى الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة: **المدة الزمنية: 90 دقيقة**

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على أعراض الفصام.

2-أن يتعرف المشاركون على أسباب المرض.

3 -أن يتعرف المشاركون على نموذج القابلية للتوتر.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- تقوم المرشدة بمراجعة الجلسة السابقة وتجيب عن تساؤلات المشاركين واستفساراتهم حول المعلومات التي استفادوا منها وعن الأعراض التي قاموا بملاحظتها على مريضهم.

ثم تقول: إن تشخيص المرض يتطلب أن يختبر المريض انخفاض في النشاطات الوظيفية الاجتماعية لفترة لاتقل عن الستة أشهر، مثل مشاكل في المدرسة، العمل، العلاقات الاجتماعية، أو العناية بالذات، بالاضافة الى ظهور بعض الاعراض الشائعة. ويمكن تقسيم أعراض الفصام الى ثلاثة أنواع: الأعراض الموجبة، الأعراض السالبة، وأعراض أخرى. المصاب بالفصام لديه بعض وليس جميع الأعراض التي سوف نتكلم عنها الآن.

الأعراض الموجبة:

تشير الأعراض الموجبة الى الأفكار، الادراكات، والسلوكيات التي من غير المألوف أن تكون موجودة عند عامة الناس، ولكن تظهر عند المصاب بالفصام. هذه الأعراض تختلف في شدتها من فترة زمنية لأخرى، وممكن أن تختفي لفترة طويلة عند بعض المرضى. وهذه الأعراض هي:

اضطراب الادراك ويتمثل بظهور الهلاوس: وهي ادراكات خاطئة، مثل: سماع، ابصار، احساسات، اوشم أشياء هي في الواقع غيرموجودة. وأكثرالهلاوس شيوعا هي الهلاوس السمعية. فيقول المرضى أنهم يستمعون الى أصوات تتكلم معهم أو تتكلم عنهم، وغلبا ما تقول أشياء تهينهم مثل مناداتهم بأسماء غير محببة لهم. هذه الأصوات تسمع من خلال الآذان وصوتها مثل أصوات البشر.

اضطراب التفكير يشتمل على المحتوى ويتضمن الضلالات والأوهام: وهي معتقدات خاطئة يحملها المريض ويرى الآخرون خطأ هذه المعتقدات بوضوح. بعض المرضى لديهم ضلالات شك، فيعتقدون أن الآخرون يريدون إيقاع الأذى بهم. كما أن ضلالات الاشارة شائعة لدى مرضى الفصام، حيث يعتقد المريض بوجود شيء في البيئة يشير اليه(مثل التلفاز يتكلم مع المريض). ضلالات السيطرة وهي الاعتقاد بأن الآخرين بيستطيعون التحكم بأفعال الشخص. يقتنع المرضى بهذه المعتقدات بصورة كبيرة وعادة لا يتكلمون عنها بوضوح.

واضطراب شكل الأفكار: وهي أنواع عدة منها تطاير الأفكار، أفكار مختلطة، من الصعب متابعة كلام المريض فهو قد ينتقل من موضوع للآخر، يتوقف في منتصف الجملة، يبدأ كلام جديد، فمن الصعب فهم الكلام مما يدل على وجود اضطراب في التفكير.

الأعراض السالبة:

وهي عكس الأعراض الموجبة، فهنالك غياب في الأفكار، الادراكات، أو السلوكيات التي تكون موجودة عند عامة الناس. وهذه الأعراض تبقى مستقرة طيلة معظم حياة المريض. وهذه الأعراض هي:

الجمود العاطفي: هنالك نقص أو قصور في الملامح التعبيرية في وجه المريض، نبرة الصوته و إيمائاته، وهذا لا يعني أن الشخص لا يتفاعل مع بيئته أو ليس لديه مشاعر.

نقص الدافعية واللامبالاة: ليس للمريض الدافعية للإنهماك من أجل تحقيق الأهداف أو القيام بالنشاطات. فهو دائما كسول أو نعسان ولديه مشكلة في متابعة أسهل المهمات. ومع وجود هذه اللامبالاة عند المريض فإنه لا يشعر بأهمية أو فائدة لحياته.

فقرفي الكلام أو محتوى الكلام: يتميز المريض بأنه قليل الكلام، وحتى عندما يتكلم فإن مقدار الكلام عنده قليلا جدا.

اضطراب الحالة المزاجية: مريض الفصام قليل أو عديم الاستمتاع بالنشاطات التي كان يستمتع بها في السابق أو يستمتع بها عامة الناس. مثلا: تجد الشخص لا يستمتع بمشاهدة غروب الشمس، الذهاب الى السينما، أوعلاقة حميمية مع شخص آخر.

ضعف الانتباه: يعاني مريض الفصام من صعوبة في الانتباه وسرعة في التشتت، وهذا يؤثر على ادائه في النشاطات المختلفة مثل العمل، التفاعل مع الآخرين، ومهارات العناية الذاتية.

الأعراض الأخرى المرافقة لبعض أنواع الفصام:

الأعراض التالية ممكن أن تظهر في الفصام:

الاكتئاب والأفكار الانتحارية: من الشائع وجود مشاعر الكآبة عند المريض وكذلك وجود الأفكار الانتحارية أو حتى محاولات للإنتحار وهي أكثر ظهورا عند مرضى الفصام الوجداني.

مزاج غير مستقر: يتغير مزاج المريض من النقيض الى النقيض الآخر مثلا: من الفرح الى الغضب أو الكآبة في فترة زمنية قصيرة، وبدون سبب.

الغضب والعدوانية: المريض يكره ويغضب من الآخرين، وغالبا ما يكون سبب ذلك الضلالات الموجودة لديه مثل ضلالات الاضطهاد.

الادمان على الكحول أو المخدرات: مريض الفصام لديه ميل للإدمان على الكحول أو المخدرات وذلك بسبب إما الأعراض غير المريحة الموجودة لديه، أوليستمتع، أو عندما يشارك في نشاطات اجتماعية.

- تستفسر المرشدة عن رأي المشاركين فيما تقوله وتسألهم: من بين هذه الأعراض ما هي الأعراض التي تلاحظونها على المريض؟ تستمع المرشدة لوصفهم للأعراض وذلك ليصبحوا واعيين

لهذه الأعراض وبالتالي يتعلمون كيف يراقبونها، كما أنهم سيجدون أنفسهم يتكلمون عن المرض (وقد تكون للمرة الأولى) بدون مشاحنات، وأنهم يستفيدون من سماع وجهة نظر بعضهم البعض.

- ثم تبدأ المرشدة بالحديث عن أسباب المرض فتقول: يواجه كل من المختصين في الفصام وأسرالمرضى سؤالين مهمين هما: ما هو سبب الاضطراب؟ وما هي العوامل التي تؤثر في سير المرض؟

أشار العلماء المختصون بأن أسباب الفصام متعددة ويرجحوا العوامل الوراثية وبعض العوامل البيولوجية والبيئية. فالأخصائيين لم يتوصلوا الى الآن لفهم واضح عن سبب اصابة بعض الأشخاص بالاضطراب النفسي وعدم إصابة البعض الآخر. فالفصام ممكن أن يكون عدة اضطرابات مجتمعة. يعتقد العلماء بأن عدم التوازن الكيميائي في الدماغ (خاصة الدوبامين) ممكن أن يكون سببا للمرض. ان القابلية لتطوير المرض تتحدد جزئيا بالعوامل الوراثية وبالعوامل البيئية المبكرة للشخص مثل إصابة الدماغ في الرحم أو أثناء الولادة.

لذلك وضع العلماء نظرية عامة تشرح أحد العوامل المسببة والمثورة لهذه الاضطرابات وهي نموذج القابلية للضغط أو التوتر(Stress- vulnerability model)، بناء على هذا النموذج، هنالك ثلاثة عوامل مسؤولة عن تطوير الاضطراب النفسي ومساره وهي: القابلية البيولوجية، الضغط، وعوامل الوقاية.

- توزع المرشدة نشرة توضيحية تتضمن عرض ملخص لهذا النموذج وتشرح بما يلي:

تعتبر الضغوطات النفسية عامل مثور للاضطرابات النفسية والجسدية فكل شخص لديه قابلية بيولوجية ليتفاعل مع الآثار السلبية للضغوط بطريقته الخاصة، أي توجد فروق في الاستجابة للضغوطات فالبعض مهيأ لفرط إفراز العصائر المعدية مما قد يؤدي الى حدوث تقرحات معدية، بينما يكون آخرين مهيئين لإرتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، أو الأكزيما. وآخرين لديهم قابلية بيولوجية لحدوث خلل في التوازن الكيميائي في الدماغ(الموصلات العصبية) مما يؤدي الى ظهور أعراض نفسية. وبالرغم من أنه لم يُثبت بعد أن اختلال التوازن الكيميائي في الدماغ يسبب الاضطرابات النفسية، إلا أن العديد من الباحثين يعتقدون بذلك وهنالك العديد من الدلائل تشير الى أن الاضطرابات النفسية تتضمن عوامل بيولوجية، كما تشير الى أن كل من العوامل الجينية(الوراثة) والعوامل غير الجينية تلعب دورا" في تحديد القابلية للمرض، وتزداد احتمالية تطوير الاضطراب بوجود الاضطراب عند أحد الأقارب، بالاضافة الى أن هنالك عدة عوامل ممكن أن تزيد من القابلية

البيولوجية للشخص لتطوير الاضطراب النفسي مثل(مشاكل في الولادة، إصابة الأم بالإنفلونزا أثناء الحمل.)

- تقول المرشدة أن التهيؤ البيولوجي يمكن أن يلعب دورا ايجابي أو سلبي وهذا ينعكس من خلال الاستجابة للأدوية سواء بزيادة الأعراض أو نقصانها. فبعض الأدوية ممكن أن تخفض من التهيؤ البيولوجي لتطوير الاضطراب من خلال إعادة التوازن الى كيميائية الدماغ،مما يؤدي الى التقليل من الأعراض وتقليص فرص الانتكاس. أما المخدرات والكحول ممكن أن تزيد من التهيؤ البيولوجي لتطوير الاضطراب أو تحد من الآثار الواقية للأدوية التي ذكرتها سابقا مثلا(الكوكايين ممكن أن يسرع في انتكاس الأعراض، في حين أن الكحول يقلل من فاعلية الأدوية النفسية الموصوفة للمريض.)

- أما عن أثر الضغوط والتوتر التي يواجهها المريض تقول المرشدة: إن الضغوط على المريض والتوتر لديه لها أثر مباشرعلى التهيؤ للإضطراب، وتزيد من حدة الأعراض، والضغط هو استجابة المريض للتحديات والصعوبات البيئية التي تتطلب منه أن يتكيف معها لتجنب أثارها السلبية، إذا كان الفرد غير قادرا على التكيف مع الضغوط فستكون عاملا لتطور ردود الفعل النفسية أو ستزداد سوءا، بعض الأمثلة على الضغوط تتضمن: أحداث الحياة اليومية السيئة (مثل موت أحد الأشخاص المقربين، الطلاق)، علاقات متوترة داخل الأسرة (مثل خلافات متكررة، مشاعر قوية من الغضب والاستياء بين أفراد الأسرة)، ونقص في المثيرات ذات المعنى(مثل العزلة والبقاء في المنزل طوال اليوم).

- هنا تقوم المرشدة بالاستفسار من المشاركين لتقييم إذا تزامن حدوث الاضطراب أو زيادة في الأعراض عند المريض مع ضغوط معينة مر بها.

- أما عن عوامل الوقاية تقول المرشدة: بالرغم من تأثير الضغوطات على القابلية لتطور الأعراض فإن الأسرة ومهارات التكيف الموجودة عند المريض يمكن أن تخفف من تأثير التوتر، فإذا تعلم المريض وأقاربه طرق جديدة لها فاعلية في التعامل مع الضغوطات مثل: تحسين مهارات التواصل ومهارات حل المشكلات، فإن ذلك سوف يؤدي الى تطوير مهارات التدبر وبالتالي التخفيف من تأثيرات الضغوطات على زيادة الأعراض ، وبالتالي التقليل من حدوث الأعراض الحادة والتخفيف من حدة الاضطراب.

(إن فهم أفراد الأسرة أن القابلية البيولوجية تتأثر بالضغوطات والتوتر كما تتأثر بمهارات التكيف الأسرية تساعد في جعل أفراد الأسرة يدركون أن لديهم دورا في التأثير على أعراض المرض ذات الأساس البيولوجي.

-تعزز للمرشدة هذا الجانب بأن تشرح لهم أن الدراسات أثبتت أن تعليم أساليب إدارة الضغوطات قد خففت حتى من شدة الأمراض غير النفسية مثل(سرطان الثدي، ارتفاع ضغط الدم، السكري) كما خففت من شدة الامراض النفسية.

- تنتهي مناقشة نموذج القابلية للتوتر بملخص سريع عن قدرة الأسرة في تحسين شدة الأعراض النفسية، ويتضمن الدور الأساسي لأفراد الأسرة على التشجيع للإلتزام بالعلاج، مراقبة أعراض الاضطراب، خلق جو أسري داعم، وتعزيز خطوات التحسن التي يقوم بها المريض باتجاه استقلاليته.

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يجيبوا عن السؤال التالي: أرجوا كتابة بعضا من أعراض الفصام كواجب بيتي، كما تطلب منهم أن يقرأوا النشرة التي وزعتها عليهم ليتمكنوا من المعلومات التي قدمتها لهم. وأن يكتبوا استفساراتهم وأسئلتهم للجلسة القادمة.

الجلسة السادسة: المدة الزمنية: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1 - أن يتعرف المشاركون على أدوية الفصام وتأثيرها.
2 - أن يتعرف المشاركون على أنواع الأدوية، الجرعات وكيفية أخذ الدواء.
3 - أن يتعرف المشاركون على التأثيرات الجانبية للأدوية.
4 - أن يتعرف المشاركون على كيفية تأثير الأدوية في تحسين الأعراض.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- تسأل المرشدة المشاركين عن رأيهم بالجلسة السابقة وتجيب عن استفساراتهم وتقول لهم: سيتم خلال هذه الجلسة استعراض الادوية المستخدمة في علاج الفصام فذلك سوف يفيدكم انتم والمريض في الالتزام بأخذ الدواء بالموعد المحدد، وتطرح سؤالا عاما: ماذا تعرفون عن الأدوية التي يتلقاها المريض؟

- تستمع المرشدة لما يقولونه ثم تقول: تعتبر الأدوية المضادة للذهان من أساسيات معالجة الاضطرابات النفسية، تم اكتشاف هذه الأدوية في خمسينيات القرن الماضي واستخدمت بشكل واسع على المرضى النفسيين ويستفيد منها بشكل خاص مرضى الفصام، اضطراب الفصام الوجداني، اضطراب الهوس الذهاني. اشارت الدراسات أن معظم المرضى الذين يتعاطون هذه الأدوية يلمسون

تحسنا في الأعراض الموجودة لديهم، فهذه الأدوية تستخدم لتخفيف الأعراض الذهانية الموجبة للفصام مثل الهلاوس، الأوهام، والسلوكات الشاذة الموجودة عند المريض، كما أن هذه الأدوية قد تحسن أحيانا من الأعراض الذهانية السالبة لمريض الفصام مثل الانسحاب الاجتماعي، وضعف الانتباه. هنالك استخدامان رئيسيان للأدوية المضادة للذهان وهما:

*التخفيف من شدة الأعراض الى المستوى الذي يزيد من القدرة على التعامل مع هذه الأعراض: ففي حال وجود أعراض ذهانية شديدة عند المريض مثل الأعراض الموجودة خلال النوبة يعطى المريض الأدوية المضادة للذهان إذا لم يكن المريض يتعاطى الأدوية، أما عندما يكون المريض يتعاطى هذه الأدوية فيزيد جرعة هذه الأدوية للسيطرة على الأعراض الشديدة. تأثير هذه الأدوية قد تكون سريعة أحيانا حيث يطرأ تحسنا خلال يوم أو يومين، ولكن عادة تحتاج الأدوية الى عدة أسابيع ليطرأ تحسنا في الأعراض بصورة ملحوظة.

*منع انتكاس الأعراض: بعد السيطرة على الأعراض ممكن للأدوية أن تمنع حدوث الانتكاس في المريض فقد أثبتت الدراسات أن 70% من المرضى الذين لا يتعاطون الأدوية تحدث عندهم الانتكاسة في غضون سنة، بينما 30% من المرضى الذين يتعاطون الأدوية تحدث عندهم الانتكاسة، لذلك الأدوية المضادة للذهان ممكن أن تساعد العديد من المرضى في ابقائهم خارج المستشفى وتحسين حياتهم وظيفيا.

- أما عن كيفية أخذ الأدوية تقول المرشدة: عادة تؤخذ الأدوية المضادة للذهان عن طريق الفم أو الإبر(ذات التأثير طويل الأمد) تؤخذ كل اسبوعين أو أربعة أسابيع. وبما أن أخذ الدواء بطريقة منتظمة ممكن أن يساعد في منع عودة الأعراض أومنع الزيادة في سوء هذه الأعراض، فمن المفيد أخذ هذه الأدوية في نفس الوقت يوميا وجعل هذا جزء من الروتين اليومي للمريض، ومن المهم أيضا زيارة دورية للطبيب المعالج للكشف على الأعراض ومناقشة التأثيرات الجانبية، وتعديل الأدوية عند الضرورة.

- تسأل المرشدة المشاركين عن أنواع العلاجات والجرعات التي يتناولها المريض الموجود في اسرتهم وبعد الاستماع لاجاباتهم تقول: هناك العديد من أنواع الأدوية المضادة للذهان، ومعظم هذه الأدوية لها تأثيرات متشابهة ومفيدة للأعراض ولتخفيف الانتكاسة، ومع ذلك فإن البعض من هذه الأدوية يكون فعالا أكثر من الأنواع الأخرى، لذلك تعطى جرعات كبيرة من الأدوية الأقل فاعلية في حين تعطى جرعات قليلة من الأدوية ذات الفاعلية الأكبر.

(معرفة وجود أنواع عديدة من الأدوية تجعل المشاركين يدركون أن هناك فرصة لتغيير الدواء بما يتناسب مع المريض بدلا من ايقاف الدواء إذا لم يكن مناسبا للمريض، ويمكن للمرشدة تزويد المشاركين بقائمة من أسماء العلاجات التي تعطى للمرضى الفصاميين)

- أما عن التأثيرات الجانبية تقول المرشدة: الأدوية المضادة للذهان لديها تأثيرات جانبية غير مرغوبة مثلها مثل الأدوية التي تعالج الأمراض الأخرى ومن هذه التأثيرات: نعاس، شد عضلي، دوخة، جفاف في الفم، رعشة، عدم ارتياح، زيادة الشهية للطعام، رؤية ضبابية، ومشاكل جنسية. ليس بالضرورة أن تحدث تأثيرات جانبية عند جميع المرضى، ففي العديد من الحالات تكون هذه التأثيرات مؤقتة خاصة إذا كان المريض يأخذ أدوية مضادة لهذه التأثيرات.

أحيانا تُخفف جرعات الأدوية المضادة للذهان بأمر من الطبيب المعالج بسبب التأثيرات الجانبية، أو بسبب الحاجة الى تغيير نوع الدواء، ولكن في حال ملاحظة أية تأثيرات جانبية على المريض يجب اخبار الطبيب المعالج بذلك في أسرع وقت ممكن.

(نتيجة لمعرفة المشاركون للتأثيرات الجانبية يصبح من السهل عليهم الانتباه لها واخبار الطبيب المعالج بها فور حدوثها)

- تقول المرشدة: على المريض الذي يتعاطى الأدوية المضادة للذهان أن لا يشرب الكحول أكثر من مرتين اسبوعيا لأن الاكثار من شرب الكحول ممكن أن يثبط من فاعلية الأدوية المضادة للذهان مما يؤدي الى الانتكاس، كما أن الأدوية المضادة للذهان ممكن أن تحسن من فاعلية بعض الأدوية فعلى الطبيب المعالج أن يكون على دراية بالأدوية التي يأخذها المريض حتى لا تتعارض مع الأدوية المضادة للذهان، وعادة ما تزداد قابلية احتراق الجلد بالشمس نتيجة تعاطي الأدوية المضادة للذهان، فيجب استخدام واقي الشمس إذا كان المريض سوف يتعرض للشمس.

- تسأل المرشدة المشاركين عن رأيهم بالمعلومات التي عرضتها وتستمع لخبراتهم التي مروا بها مع المريض والأدوية التي تعاطاها مريضهم، وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم، ثم تسألهم عن مدى معرفتهم بكيفية عمل الأدوية المضادة للذهان ثم تقول لهم: الى الآن لم يتوصل العلماء الى فهم تام لكيفية فاعلية الأدوية المضادة للذهان، ومع ذلك فإن جميع هذه الأدوية يخفف من نشاط فاعلية موصلات عصبية معينة(الكيمياء الموجودة في الدماغ المسؤولة عن نقل المعلومات بين الخلايا العصبية) تدعى دوبامين(Dopamine) وهناك بعض الأدوية المضادة للذهان المميزة مثل (Clozaril Risperdal, Zyprexa, and Seroquel) لديها تأثيرات على الدوبامين وموصل

آخريدعى سيروتونين(Serotonin). فمن المحتمل أن كل من الدوبامين والسيروتونين يؤثران في حدوث الأعراض الذهانية.

- (تقوم المرشدة بالشرح مع وجود رسم توضيحي للموصلات العصبية).

- تشكر المرشدة المشاركين على حسن استماعهم ومشاركتهم في الجلسة وتجيب عن تساؤلاتهم حول المعلومات التي تم عرضها خلال الجلسة وتطلب منهم كواجب بيتي أن يكتبوا انطباعهم عن الجلسة وما تعلموه خلالها، وأن يكتبوا التأثيرات الجانبية التي تحدث مع مريضهم نتيجة لأخذه الأدوية وماذا فعلوا عندما لاحظوا هذه الأعراض الجانبية؟.

الجلسة السابعة: المدة الزمنية:90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على كيفية التصرف في حالة عدم أخذ المريض جرعة.

2- أن يتعرف المشاركون على العوامل التي تؤدي الى انتكاس المريض.

3- أن يتعرف المشاركون على الإشارات الدالة على اقتراب حدوث الانتكاس.

4- أن يتعرف المشاركون على الاستراتيجيات المساندة للعلاج الدوائي.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتحصل على التغذية الراجعة بالتعرف على انطباعهم حول الجلسة السابقة وتجيب على أسئلتهم واستفساراتهم وتناقش معهم الواجب البيتي وتستعرض مع المشاركين التأثيرات الجانبية التي يلاحظونها على مريضهم.

- تقول المرشدة إن أحد المشاكل التي تواجه المريض ومن يرعاه هي كيفية التصرف في حال عدم أخذ الجرعة في وقتها، في مثل هذا الموقف على المريض أو من يرعاه الاتصال بالطبيب المعالج لمعرفة كيفية التصرف واستدراك الأمر.

- تطرح المرشدة على المشاركين السؤال التالي: هل الأدوية المضادة للذهان تؤدي الى الادمان؟

- تستمع المرشدة لإجابات المشاركين ثم تعقب: الأدوية المضادة للذهان لا تؤدي الى الإدمان، فالأشخاص الذين يأخذون هذه الأدوية لن يصبحوا اعتماديين على هذه الأدوية (لا يحتاجون الى زيادة الجرعة مع مرور الوقت للحصول على نفس التأثير). وفي حال اتخاذ الأهل القرار بوقف تناول الدواء فيجب أن يتم ذلك تدريجيا، مع العلم بأنه عند وقف الدواء ستزداد احتمالية الانتكاسة عند مريض الفصام.

- تسأل المرشدة المشاركين عن رايهم بما تم طرحه من معلومات ثم تسأل: برأيكم ما هي الفترة الزمنية التي يجب على المريض أن يأخذ فيها الدواء؟ وتستمع الى الاجابات.

- تقول المرشدة: عندما تستخدم الأدوية المضادة للذهان في علاج الفصام، فإن هذه الأدوية يجب أن تؤخذ لمدة زمنية طويلة فهذا يشابه مرض السكري حيث يتوجب على المريض أن يأخذ دواء الأنسولين يوميا طيلة حياة المريض. ونأمل أنه قد تظهر في أي لحظة اكتشافات علاجية جديدة فعالة فالعلم في تقدم دائم. علما" أنه تختلف الاستجابة للدواء من مريض لاخر تبعا لعوامل منها: العمر عند بدء المرض فكلما ظهر في سن اصغر قلت نسبة الشفاء، التكوين الجسمي فكلما كان الجسم نحيلا قلت نسبة الشفاء، الشخصية السابقة، العوامل المحفزة أوالداعمة، الحالة الاجتماعية والأسرية.

- أما فيما يتعلق بالعوامل المساعدة على انتكاس المريض تقول المرشدة: تتضمن العوامل المساعدة على انتكاس المريض تغيرات مهمة في حياة الشخص (سواء كانت تغيرات جيدة أم سيئة)، استخدام عقاقير منبهة مثل(Amphetamine, Cocaine)، والتوقف عن تناول الأدوية بدون استشارة الطبيب المعالج.

- تسأل المرشدة المشاركين: ما هي الإشارات التي تدل على قرب انتكاس المريض؟ وما أهمية مراقبة هذه الإشارات؟

- تستمع المرشدة لأجوبة المشاركين ثم تقول: تأتي أهمية مراقبة الإشارات الدالة على قرب انتكاسة المريض من طبيعة الاضطرابات النفسية ذات السلسلة المتعاقبة من النوبات، عادة تتفاقم أعراض المرض بصورة تدريجية على مدى عدة أسابيع فتحدث تغيرات بسيطة تسبق استفحال المرض.يختلف كل مريض عن الآخر في الإشارات التي تحدث قبل الانتكاسة فبعض الاشارات التحذيرية تظهر في تغيرات طفيفة في مزاج المريض أو سلوكه(زيادة القلق، التهيج، مزاج مكتئب، انسحاب اجتماعي). وقد تكون الاشارات زيادة في الأعراض مثل(حدوث السلوك الاستحواذي أو الزيادة في حدته، زيادة حدة الهلاوس، التفاعل مع الضلالات، زيادة في اقتحام الذكريات عن الأحداث الصادمة). وتوجد إشارات أخرى مثل (ارتداء الملابس السوداء، الاستغراق في فنون القتال).

فإذا تم اكتشاف التغيرات في الأعراض في مرحلة مبكرة فمن الممكن أن نمنع من حدوث الانتكاس(أو نخفف من حدتها) من خلال التدخل المبكر.فالأسرة تلعب دورا مهما في مراقبة زيادة الأعراض وتنبيه فريق المعالجة حال حدوث ذلك.

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يستعرضوا الإشارات التي حصلت قبل حدوث انتكاسة سابقة عند المريض وذلك بهدف تعريف المشاركين بالإشارات العديدة القابلة للملاحظة والتي ممكن أن تحدث قبل الانتكاس.

- بعد تحديد الإشارات التحذيرية لحدوث الانتكاس، يتم كتابة هذه الإشارات وتقوم المرشدة بإرشاد الأسرة لوضع خطة للإستجابة لهذه الإشارات ومنع الانتكاس. ممكن أن تختلف الخطة من أسرة لأخرى ولكن يجب أن تتضمن العناصر التالية: تفحص أو التحقق من الإشارات التحذيرية بشكل منتظم، عقد اجتماع لأفراد الأسرة لمناقشة إذا كانت التغيرات قد حصلت أم لا، الإتصال بفريق المعالجة إذا أقر معظم أفراد الأسرة بحدوث الإشارات التحذيرية.

- (تقوم المرشدة بتوزيع نشرة مبين فيها مخطط للإستجابة للإشارات التحذيرية لمساعدة المشاركين بوضع خطتهم الخاصة بهم).

- وعن معالجة الفصام تقول المرشدة: تعد الأدوية المضادة للذهان فعالة في معالجة الفصام، وكما ذكرت سابقا فإن الأدوية قد لا تشفي من الاضطراب نهائيا ولكن تخفف من شدة الأعراض وتقلل من احتمالية الانتكاس لمعظم المرضى، ومن الاساليب المساعدة في العلاج والتي تساعد المريض وأهله هو التدريب على المهارات الاجتماعية، التأهيل المهني ليتمكن المريض من العمل وإعالة نفسه. كما أن الارشاد الأسري ممكن أن يساعد على تخفيض التوتر الموجود في الأسرة كما سيعلم أفراد الأسرة كيف يراقبون الاضطراب.

- وفي نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على تفاعلهم في الجلسة، وتذكرهم بأنه في الجلسة القادمة سوف نقوم بمراجعة جميع المعلومات التي تم تقديمها لما لها من فائدة لكم، وتطلب منهم أن يدونوا أية أسئلة تخطر على بالهم ويريدون مناقشتها، وأن يدونوا ما الذي استفادوا منه من خلال معرفتهم بهذه المعلومات.

الجلسة الثامنة: **المدة: 90 دقيقة**

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1 - أن يتم تلخيص للمعلومات المقدمة في الجلسات السابقة.

2 - أن يتعرف المشاركون على المهمات التي يمكن أن يقوموا فيها لمساعدة المريض.

3 - أن يتعرف المشاركون أن وجود مستويات عالية من التوتر في الأسر التي لديها مريض نفسي هو أمر طبيعي.

4 - أن تمهد المرشدة للتدريب على مهارات الإتصال والذي يعد المكون التالي في البرنامج الارشادي.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- تقوم المرشدة بمراجعة المعلومات التي تم تقديمها في الجلسات السابقة وتحاول أن تجعل المشاركين يقومون بتلخيص المعلومات، وما هي الفائدة التي حصلوا عليها نتيجة لمعرفة هذه المعلومات. وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم.

- حول المهمات التي يمكن أن يقوم بها المشاركون لمساعدة المريض تقول المرشدة: إن رعاية المريض النفسي تعتبر مهمة شاقة لأفراد الأسرة، فإن فكرة احتمالية الانتكاس تسيطر على القائم على رعاية المريض وتؤرقه، ولحسن الحظ فإن احتمالية الانتكاس تنخفض إذا قام من يرعى المريض بتشجيع المريض والتأكد مما يلي:

التأكد من أن المريض قد تناول الدواء في الوقت المحدد والجرعة المحددة من قبل الطبيب، تشجيع المريض للإنضمام الى برنامج تأهيلي مهني من أجل حصول المريض على عمل منتج وبالتالي اعتماده على نفسه، التقليل من مقدار الضغوط في الأسرة، والعمل على تجنيب المريض من تعاطي الكحول والمخدرات.

- أما عن التوتر الموجود عند أغلب الأسر التي لديها مريض نفسي تقول المرشدة:

يلعب القائم على رعاية المريض دورا مهما في إدارة التوتر في الأسرة، فقد أثبتت الدراسات التي طبقت على القائمين على رعاية مرضى نفسيين أن لهم دورا هاما في تقليل تطور الأعراض عند المرضى. عندما يتفاعل أفراد الأسرة مع المريض تصبح لديهم خبرة ويدركون بسرعة ما يعانيه المريض لذا يجب أن يتكيفوا مع الأعراض المزعجة ويتقبلوها كمرحلة آنية، ويلاحظوا بسرعة التأثيرات الجانبية للأدوية، والإعتراف بأن المريض لديه أعراض نشطة بحاجة الى مساعدة. هذه العناصر تشكل تحديا" كبيرا" لكل من المريض والقائمين على رعايته، لذلك نجد أن مستويات عالية من التوتر والقلق والإرتباك موجودة عند كل من المريض وأفراد الأسرة.

- تقول المرشدة: إن المرض النفسي يمكن أن يكون له أثر سيء ويؤدي الى اضطراب أفراد الأسرة المقربين للمريض، فتجد أن الشخص المقرب من المريض تتأثر حالته المزاجية فيصبح سريع الغضب والانفعال ما يقوده أحيانا"الى القيام بحث أو مضايقة المريض كمحاولة لجعله تحت السيطرة. فتجده تارة يصرخ في وجه المريض وينتقده وتارة أخرى لايحاول الاستماع للمريض وينبذه، مثل هذه العلاقة والتواصل السلبي يقود الى زيادة التوتر،(يحاول بعض الأهل تقييد سلوك المريض أو

المريضة خاصة تجنبا" للخجل الاجتماعي ورعاية الأنثى خوفا" من استغلالها) هذه الأنواع من التواصل السلبي وجد أن له ارتباط بدرجة عالية بانتكاس المريض. فإن لها تأثير سيء، فالتكرار في الحث، التصحيح، النقد يمكن أن يؤدي الى زيادة في سرعة الإنتكاس. جلسات الارشاد تساعد أفراد الأسرة ليصبحوا واعيين لسلوكاتهم الموجهة للمريض وأن يقللوا من سلوكات الحث والانتقاد. فالهدف هو أن يصبح القائم على رعاية المريض واعيا لضبط الذات عن الانتقاد والمضايقة والحث داخل الأسرة ومحاولة تقليل شدتها وتكرارها عند حدوثها. وعند التركيز على التقليل من أنماط التواصل السلبي فالنتيجة المتوقعة أن ينخفض مستوى التوتر.

- تقول المرشدة: يميل العديد من أقارب المريض الى المراقبة الزائدة للمريض في محاولة لرعايته، فقد يمنعونه من الخروج ما لم يكن تحت اشرافهم أطول مدة ممكنة، وهذا يؤدي الى انخفاض في نشاطاته الاجتماعية والعمل ويقود الى الاعتمادية وتدني تقديره لذاته. المريض النفسي حساس للضغوط الخارجية ويمكن أن يجد هذا الاشراف الاضافي مصدرا للضغوط عليه حتى يمكن أن يخلق عنده شعورا بالذنب وتدني احترام الذات حيث أن أفراد أسرته يرفضون الفرص الاجتماعية أو العمل أو حتى أي فرصة ممتعة له. وقد أثبتت الدراسات أن سلوكات التضحية بالنفس ممكن أن يكون لها تأثير في إزدياد سوء حالة الأعراض لدى المريض.

- تلخص المرشدة حديثها بمايلي: بما أن أفراد الأسرة يتفاعلون مع المريض فمن الممكن أن يؤثر في حدوث الانتكاس إذا كان هذا التفاعل والتواصل سلبيا"، ولكن إذا أصبحوا واعيين ويستخدمون التواصل السليم ويعملون على مراقبة سلوكهم وضبط أنفسهم والابتعاد عن الانتقاد، العدوان اللفظي، ويعملوا على تكريس وقتهم وجهدهم لمساعدة المريض فإن من شأن ذلك التقليل من التوتر وتقليل الانتكاس، وتحسين سير المرض. (عندما يتحسن المريض فإن القائم على رعايته سوف يشعر بالراحة ويقل توتره).

- في نهاية الجلسة توزع المرشدة نشرة تحتوي على دليل موجه لهم في كيفية مساعدة المريض وتطلب منهم أن يقرأوها، وأن يطبقوا ذلك في حياتهم اليومية وان يكتبوا ملاحظاتهم عن ذلك كواجب بيتي.

مرحلة التدريب على مهارات الاتصال:

ثبت مؤخرا أن تفاعلات الأسرة بشكل متوتر هي نتيجة طبيعية للتعايش مع ومحاولة التكيف مع المرض النفسي الموجود داخل الأسرة. إن الهدف الرئيسي من برنامج الإرشاد الأسري السلوكي هو

تقليل التوتر الموجود في الأسرة من خلال تحسين مهارات التواصل لأفراد الأسرة، وهنالك ثلاثة أسباب رئيسية لتعليم مهارات الاتصال وهي:

1 - تقليل المشاعر السلبية داخل الأسرة وزيادة ضبط الذات.

2 - مساعدة أفراد الأسرة للتعويض عن نقص قدرة المريض في معالجة المعلومات الاجتماعية.

3 - تحسين المهارات في العلاقات البينشخصية عند أفراد الأسرة.

لذلك من المتوقع تحقيق الأهداف التالية في هذه المرحلة:

1 -التعرف على مهارات التواصل الاساسية

2 -أن يتعلم المشاركون كيفية التعبير عن المشاعر الايجابية

3 -ان يتعلم المشاركون كيف يطلبون الاشياء بطريقة ايجابية

4 -أن يتعلم المشاركون كيفية التعبير عن المشاعر السلبية

5 -أن يتعرف المشاركون على مهارات الاستماع الفعال

6 -أن يتعلم المشاركون كيفية عمل التسويات والمفاوضات

7 -أن يتعلم المشاركون كيف يطلبون وقتا مستقطعا

ويتم تحقيق هذه الأهداف من خلال الجلسات التالية:

الجلسة التاسعة: المدة: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على أهمية تعلم مهارات الإتصال السليم.

2- أن يتعرف المشاركون على تعريف مهارات الإتصال.

3- أن يتعرف المشاركون على طبيعة الإتصال عند المريض النفسي.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتراجع معهم الواجب البيتي وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم حول الأشياء التي تعلموها وقاموا بتطبيقها، وتتعرف على الصعوبات التي واجهتهم وأيضا الفوائد التي حصلوا عليها نتيجة لتطبيق ما تعلموه.

- تبدأ المرشدة بالحديث عن أهمية مهارات الاتصال فتقول:

تعتبر مهارات الاتصال هامة جدا"لكل أسرة فهي أساس صحة العلاقات بين أفراد الأسرة وقيامها بوظائفها بشكل طبيعي، فالأسر تحتاج للتواصل حول مواضيع شتى، من هذه المواضيع ما يتعلق بالأعمال اليومية مثل: الوجبات، المشاكل التي تواجه الأسرة في الميزانية والأمور المالية، تقسيم

المهمات البيتية، المواصلات، التسوق، أوقات الاستمتاع، الخ. وقد يرافق التواصل التعبير عن المشاعر مثل السعادة، الغرور والافتخار، الغضب، الحزن، خيبة الأمل، الخ.

أحيانا يحتاج أفراد الأسر الى التواصل بطريقة فعالة لحل الصراعات بين بعضهم البعض. وإن قدرة أفراد الأسر في الحديث بشكل واضح، والتعبير عن المشاعر بين بعضهم البعض، والتحدث عن حاجاتهم الشخصية يمكن أن يساعد الأسرة في التكيف مع الضغوطات اليومية وحل المشاكل المشتركة. فالاتصال الفعال مفيد للصحة النفسية لجميع الأسر.

- تسأل المرشدة المشاركين هل يوجد لديكم فكرة عن ماهية مهارات الاتصال؟

- تستمع لما يقولونه ثم تقول: هنالك عدة تعريفات لمهارات الاتصال، من هذه التعريفات : هي القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية في العلاقات الشخصية بدون الخوف من فقدان التعزيز من الآخرين، وهي التركيز على سلوك الشخص خلال التفاعلات الاجتماعية وهذه السلوكات تجعل الشخص قادرا على أن يكون فعالا في الحصول على هدفه، مثل: البدء في المحادثة، ايصال مشاعره لمن يحبه، الاستجابة للإنتقاد، السؤال عن وجهة معينة، أو إجراء مقابلة من أجل العمل. وهذه الأمثلة من المواقف تتطلب تكامل للعديد من السلوكات المختلفة للوصول الى الهدف المرغوب.

ممكن تقسيم مهارات الاتصال الى ثلاث فئات وهي:

السلوكات غير اللفظية مثل: مثل الاتصال البصري، تعابير الوجه، وضعية الجسم، الايماءات. وتعتبر تعابير الوجه والاتصال البصري أهم مهارتين حيث أن تعابير الوجه تساعد في ايصال مشاعر المتحدث، والتي يجب أن تكون متسقة مع محتوى الرسالة، ويساعد الاتصال البصري المتحدث في تحسين جذب انتباه المستمع.

مرافقات اللغة (paralinguistic feature) مثل: نبرة الكلام والانفعالات المختلفة، الصياح، الطلاقة اللغوية، مقدار الكلام، المدة الزمنية التي يحتاجها للاستجابة. وكما هي تعابير الوجه فإن نبرة الصوت تنقل مشاعر المتحدث فإنها يجب أن تكون متسقة مع المحتوى اللفظي. وتعتبر من المشكلات الشائعة في أسر المرضى النفسيين هي المدة التي يستغرقها الحديث، حيث يتكلم أقارب المريض فترة زمنية طويلة بدون انقطاع مما يؤدي الى أن يفقد المريض مجرى الكلام ولا يتمكن من استيعاب ما يقولونه، وهذا يؤدي الى احباط كل من المريض وأقاربه، وممكن حل هذه المشكلة بتعليم أفراد الأسرة أن يتكلموا لفترة زمنية قصيرة.

المهارات اللفظية وهي ما يقال خلال التواصل وتتضمن الاختيار للكلمات بغض النظر عن الطريقة التي تمت فيها المحادثة، وتحدث المشكلة في المضمون اللفظي عندما يستخدم

المتحدث في كلامه التعميم أو الغموض، أو عندما تدخل في المحادثة أشياء ليست لها علاقة بالموضوع. إن توافق كل من السلوكات غير اللفظية، والمظهر اللغوي، والمحتوى اللفظي يحدد مدى نجاح الفرد في إيصال رسالته، ولكن في بعض الظروف فإن السلوك غير اللفظي ومرافقات اللغة أكثر تأثيرا من المهارات اللفظية، فعندما تتعارض مع بعضها البعض ينزع المستمع الى تصديق ما وصله من السلوك غير اللفظي ومرافقات اللغة، مثلا: عندما تقول لشخص ما أنا مسرور من رؤيتك بعد هذه المدة، وتقول ذلك بصوت ضعيف مع تجنب الاتصال البصري فإن المستمع سوف يفهم إنك غير مسرور من رؤيته.

كما أن وجود كل من السلوك غير اللفظي ومرافقات اللغة مع غياب محتوى لفظي واضح ومحدد يشكل مشكلة أيضا، مثلا: عندما تقول لإبنك أنت أكسل إنسان عرفته في حياتي. وتقول ذلك في نبرة صوت ساخطة مع تعابيروجه تدل على الغضب فإن المستمع سيفشل في الحصول على المعلومة (فما هو السلوك المشكل، وكيف يمكن تجنب حصول المشكلة في المستقبل).

في التدريب على مهارات الاتصال سوف يتم التركيز على تحسين مهارات السلوك غير اللفظي، ومرافقات اللغة، ومهارات السلوك اللفظي.

- أما عن طبيعة الاتصال عند المريض النفسي تقول المرشدة: عندما يكون الشخص لديه اضطراب نفسي شديد، تتأثر قدرته على التركيز، الانتباه، التذكر، والقدرة على معالجة المعلومات والتعبير عنها. وصف أحد المرضى التشوش الذي يشعر به مثل: كرات مضرب عديدة تأتي باتجاه الشبكة دفعة واحدة ولا أعرف أي كرة أضرب، حتى لا أعرف إذا كان لدي مضرب. فالشخص المضطرب نفسيا لديه صعوبة في الغالب لمتابعة المحادثة.

عند وجود مريض نفسي في الأسرة تزداد أهمية وجود الاتصال الفعال في الأسرة، فالمريض في الأسرة ممكن أن يتوتر عندما يجد صعوبة في فهم ما قيل أو ما هو متوقع منه، كما أنه قد يتوتر من وجود العديد من المشاحنات أو الانتقاد الشديد داخل الأسرة. وبما أن المرض النفسي يزداد سوءا مع وجود التوتر فإن من الضروري تخفيف التوتر عندما يكون ذلك ممكنا. فتحسين التواصل ممكن أن يخفف من التوتر عند الشخص المريض نفسيا.

- في نهاية الجلسة تسأل المرشدة المشاركين عن رأيهم بالمعلومات التي قدمتها لهم وهل لديهم خبرات يريدون أن يضيفوها، وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم. وتطلب منهم كواجب بيتي بعض الأمثلة من حياتهم العادية في محاولة للوصول الى نمط تواصلهم مع بعضهم ومع المريض.

الجلسة العاشرة: المدة: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1-أن يتعرف المشاركون على آلية تحسين التواصل داخل الأسرة.

2-أن يتعرف المشاركون على بعض مهارات التواصل غير اللفظي.

3- أن يتدرب المشاركون على هذه المهارات.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتجيب عن تساؤلاتهم واستفساراتهم عن الجلسة السابقة وتستعرض معهم الواجب البيتي وتتعرف على بعض الأمثلة عن نمط تواصل الأسرة مع مريضهم.

- تقول المرشدة: العديد من أفرادالأسرة قادر على التواصل بشكل فعال مع بعضهم البعض، وإن كل أسرة يحدث فيما بينها خلافات ونزاعات، لذلك فإن من المتوقع لكل شخص أن يستفيد من تحسين طريقة تواصله مع الآخرين.

ليس من الصعب تغيير أنماط التواصل عند الشخص. فما يحتاجه هو الوقت والتدريب الكافي ومن المهم أن يلاحظ كل فرد في الأسرة بعد تلقيه التدريب التحسينات البسيطة في مهارات التواصل التي تحدث عند بعضهم البعض وأن يشجعوا بعضهم على كل تغيير بسيط، كما أن كل فرد في الأسرة يحتاج الى أن يمارس مهارات التواصل حتى يتمكن من تحسين مهاراته.

(فالاتصال الفعال يحتاج الى وقت، ممارسة، وتعاون.)

سوف أزودكم ببعض الأشياء التي ممكن أن تجعل تواصل أفراد الأسر فعالا، بعضا منها ممكن أن يكون مألوفا، في حين أن البعض الآخر قد يكون صعبا في بداية الأمر ويحتاج الى التدريب. فهنالك العديد من المهارات التي نقوم بها في حياتنا العادية كانت غير مريحة في البداية واحتاجت الى تدريب كبير في البداية وفي النهاية كانت النتيجة ذات قيمة.

- تسأل المرشدة المشاركين ما رأيكم بالأشياء التي قلتها وتجيب عن أسئلتهم ثم تقول اليوم سوف نتعرف على مهارات السلوك غير اللفظي، فعندما نتكلم مع بعضنا البعض نحن لا نتكلم من خلال الكلمات فقط وإنما نستخدم أكثر من وسيلة لإيصال الرسالة التي نريد أن ننقلها للآخرين، لذلك فإن محتوى الرسالة يكون له نفس أهمية الطريقة التي ننقل بها الرسالة، إن التواصل البصري، نبرة الصوت، وتعابير الوجه هي سلوكات غير لفظية مهمة تساهم في جعل التواصل فعالا.

سنبدأ الآن في مهارة **التواصل البصري**: عندما تنظر الى الشخص الذي تتكلم معه فإن ذلك الشخص تصله رسالة انك تتكلم معه وأنت منتبه لما يقوله وبالتالي فإنه سوف ينتبه لما ستقوله له. كما أن

الأشخاص الذين لديهم صعوبة في التركيز، فإن النظر إليهم مباشرة يساعدهم في تركيز انتباههم، إذا كنت لا تشعر بالراحة عندما تنظر الى عين الآخر باستطاعتك النظر الى مقدمة رأسه أو أنفه.مثلا:

تجنب: 1- أن تنادي على الشخص من غرفة أخرى.

2- النظر الى التلفاز اكثر من النظر الى الشخص الذي تتكلم معه.

3- الجلوس الى جانب الشخص والنظر الى الأمام عند التكلم معه.

4- النظر الى الأرض.

استبدله بما يلي: 1- تأكد من انتباه الشخص الآخر لك قبل التكلم.

2- حافظ على التواصل البصري خلال المحادثة.

(انظر الى الشخص)

وكما أن التواصل البصري مهما فإن تثبيت النظر الى الشخص يعتبر غير مناسبا خلال التواصل، فعند حديثك مع الشخص الآخر، انظر اليه مع نقل النظر الى مقدمة رأسه، أنفه كتفه اليمنى، كتفه اليسرى، وهكذا حتى لا يشعر بالحرج أو يشعر أنك تحملق فيه.

تعابير الوجه: عندما يتكلم شخص ما شيء وتكون تعابيروجهه تقول شيئا آخر فإن ذلك يؤدي الى التشويش في التواصل. مثلا، عندما تمتدح شخصا ما وتكون عابس الوجه، فإن الشخص الآخر سيجد صعوبة في معرفة ما الذي تقصده بالضبط. فإن التناقض بين تعابير الوجه ومحتوى الكلام يؤدي الى الارتباك. مثلا:

تجنب قول: "أنا كنت غاضبا جدا لأنك لم تلتزم بموعدك". (تقول ذلك وأنت تبتسم)

استبدله بما يلي: "أنا كنت غاضبا جدا لأنك لم تلتزم بموعدك". (تقول ذلك بجدية، مع تعابير وجه صارمة).

مثال آخر، تجنب قول: " أحب أن اراك دائما مرتبا" (تفول ذلك مع ظهور الحزن على وجهك)

استبدله بما يلي: " أحب أن اراك دائما مرتبا" (تقول ذلك مع ابتسامة على الوجه).

(استخدم عبارات الوجه التي تلائم الكلام الذي تقوله)

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يعطوا أمثلة عن المهارات التي قدمتها لهم وذات علاقة بتعاملهم مع بعضهم البعض وتقوم بتصحيح أدائهم ثم تطلب منهم أن يعيدوا ذلك بالشكل الصحيح، ويكرروا ذلك الى أن يتمكنوا من المهارة جيدا.

- تتابع المرشدة تقديم المهارات غير اللفظية وتقول: يعد كل من التواصل البصري وتعابير الوجه من أهم المهارات غير اللفظية، ولكن توجد مهارات مهمة أيضاً ينبغي على الفرد أن يتعلمها ويمارسها خلال تواصله مع الآخرين من هذه المهارات:

الإيماءات: فليس من المناسب أن تنصت الى الآخر وأنت جامد لاتتحرك، أو تتحرك بشكل مبالغ، ولكن من الأفضل أن تقوم بتحريك رأسك ويديك أثناء الحديث لتشعر الآخر أنك تسمعه وتفهمه.

المسافة بينكم: من غير المناسب أن تجلس قريبا جدا أو بعيدا جدا عن الآخر، كما أنه من غير المناسب أن تلمس المتكلم. حاول أن تبقي مسافة معقولة بينكما (حوالي متر الى متر ونصف).

وضعية الجسم: إن وضعية الجسم ممكن أن تؤثر على نوعية الاتصال بين الأشخاص فمن غير المناسب أن تجلس وأنت متوترا جدا أو مترهلا، بل من الأفضل أن تجلس منتصب القامة هادئ.

توجه الجسم: من غير المناسب أن تدير جسمك عن الشخص الآخر وتنشغل بأشياء أخرى أثناء حديثك، من الأفضل أن تجلس مائلا قليلا الى الأمام باتجاه الشخص الآخر وتتفاعل معه حتى يفهم أنك مقبلا ومتفهما لما سيقوله.

- تسأل المرشدة المشاركين عن رأيهم بما قالته وعن مدى تطبيقهم لهذه المهارات في حياتهم اليومية، وتطلب منهم أن يقوموا بأداء هذه المهارات وتصحح لهم أدائهم إذا لزم ويكرروا الأداء حتى يتمكنوا من أداء المهارات بالشكل الصحيح.

- في نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين وتطلب منهم أن يتدربوا على المهارات التي تعلموها خلال الجلسة وأن يسجلوا بعض المواقف التي عاشوها، بالإضافة الى الأسئلة والاستفسارات الي تخطر على بالهم.

الجلسة الحادية عشر: المدة: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1 - أن يتعرف المشاركون على مهارات الاستماع الفعال.

2 - أن يتدرب المشاركون على مهارات الاستماع الفعال.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم عن المهارات التي تعلموها في الجلسة السابقة ثم يراجعوا سوية الواجب البيتي وتعطيهم التغذية الراجعة عن أدائهم.

- تقول المرشدة: بعد أن تدربنا على المهارات السابقة ننتقل الى تعلم مهارات الاستماع الفعال. تسأل المشاركين الأسئلة المفتوحة التالية على التوالي: برأيكم لماذا يعتبر مهما أن يعرف الشخص الذي يتكلم معك أنك تستمع اليه؟ لماذا يكون مفيدا أن تكرر ما يقوله الآخرون؟

- تستمع المرشدة لما يقوله المشاركون ثم تقول: يتم تعليم الاستماع الفعال عندما يظهر أفراد الأسرة أنهم غير مصغيين لما يقوله الآخرون. فقد تجد الشخص يقاطع الآخر في الكلام، يسيئ فهم كلامه أو يتجاهل ما يقول، أو يظهر أنه غير منتبه عندما يتكلم. إن الاستماع الفعال يجعل الشخص يعرف أنك منتبها ومهتما بما يقوله، وهذا يجعله يستطرد بالكلام، كما أن باعادة الصياغة(إعادة ما سمعته) تقول للشخص أنك تفهم الموضوع الذي يتكلم عنه. إذا لم يشعر الفرد أنه مسموع ممكن أن يؤدي ذلك الى الاحباط والصراعات. لذلك تعتبر مهارات الاستماع الفعال مثل إعادة الصياغة لما يقوله الآخر ممكن أن تسهل حل الصراعات بطريقة سلمية، لأن الفرد يشعر أن الآخر يفهم ما يقوله.

في الغالب يكون من الصعب على الناس أن يقولون ما يدور في أذهانهم، إن الاستماع الجيد ممكن أن يساعد الشخص ليتكلم عما يدور في ذهنه بوضوح.

- تسأل المرشدة المشاركين كيف يمكن أن نظهر للفرد أننا نستمع اليه؟

- تستمع لإجاباتهم ثم تعقب: يمكن أن نظهر ذلك عن طريق النظر الى الشخص، إعطاء بعض التعليقات مثل:(آها، طيب) انحناء الرأس الى الأمام قليلا، سؤال بعض الأسئلة التوضيحية، والتفحص لما سمعته عن طريق إعادة المعنى لما سمعته بكلماتك، أو عكس المشاعر الموجودة في فحوى الكلام، كما أن أحد الطرق للتأكد أنك فهمت ما قاله الآخر والتلخيص لما قاله ثم سؤاله إذا كان ذلك هو المقصود في الرسالة التي قالها. **مثال**: تجنب: النظر بعيدا عن الشخص، البقاءجامدا وعدم وجود تعابير للوجه، الافتراض أنك فهمت ما قاله، عدم قول أي شيء.

استبدل ذلك بما يلي: حاول النظر مباشرة الى المتكلم، احني رأسك قليلا وقل(آها أو طيب)أثناء استمرار المتكلم في الحديث، اسأل أسئلة توضيحية، لخص ما سمعته.

(دع الآخر يعرف أنك تسمعه)

- تقوم المرشدة بتدريب المشاركين على الاستماع الفعال عن طريق تكليف أحد المشاركين بدور المتكلم الى مشارك آخر لعدة دقائق ويختار المشارك الموضوع الذي سوف يتكلم به قبل البدء في الكلام بحيث يكون موضوعا حياديا لا يضر أحدا من المشاركين. وتقوم المرشدة بمساعدة المشارك أثناء الحديث حتى يتدرب على المهارة في حين يراقب باقي المشاركين الحديث الدائر ويدونون ملاحظاتهم. وبعد الانتهاء من الحديث يتم إعطاء التغذية الراجعة لأدائهم ويتم التدريب على المهارات

التي لم يتقنها المشارك ثم يتم تكليف شخص آخر ليقوم بدور المتكلم ويراقبه باقي المشاركون وهكذا الى أن يتم تدريب جميع المشاركين على المهارات وإعطائهم تغذية راجعة عن أدائهم.

(قد تتطلب هذه المهارات الى أكثر من جلسة ليتدرب عليها جميع المشاركين).

- في نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على تفاعلهم بالجلسة وتطلب منهم كواجب بيتي أن يطبقوا المهارات التي تعلموها وان يكتبوا بعض الأمثلة عما طبقوه ليتم مراجعته في الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية عشر: المدة: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1 - أن يتعرف المشاركون على مرافقات اللغة.

2 - أن يتدرب المشاركون على استخدام مرافقات اللغة.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- تناقش المرشدة الواجب البيتي مع المشاركين وتستعرض معهم بعض الأمثلة عن المهارات التي تعلموها في الجلسة السابقة وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم.

- تقول المرشدة: بعد أن انتهينا من سلوكات الاتصال غير اللفظي، سوف نتعلم اليوم كيف نستخدم مرافقات اللغة لتحسين فاعلية تواصلنا، من هذه المهارات:

نبرة وطبقة الصوت: إن التكلم في نغمة أووتيرة واحدة، يجعل الحديث مملا ولا يشد الآخر للإستماع ويكون خاليا من المشاعر، كما أن حدوث تغير مفاجئ في ارتفاع الصوت، قد يزعج المستمع وينفره من الحديث، لذلك من الأفضل أن تتغير نغمة الصوت صعودا وانخفاضا على أن يكون ذلك متوافقا مع تغير عبارات المشاعر التي تتحدث عنها.

- تقوم المرشدة بنمذجة المهارة أمام المشاركين وتطلب منهم أمثلة حتى يتمرنوا عليها. -

النغمة الانفعالية: من المناسب أن تكون النغمة الانفعالية منسجمة مع المحتوى اللفظي مثلا: عندما يتكلم الشخص عن المرض ويكون في حديثه نغمة تدل على انفعال الفرح، فإن ذلك سوف يؤدي الى التشوش عند المستمع.

ارتفاع الصوت: أحيانا نجد أشخاص بطبيعتهم يتكلمون بصوت عالي جدا، أو صوت منخفض جدا، وهذا يزعج المستمع وقد يقطع التواصل، فمن الأفضل أن يتكلم الشخص بصوت مسموع ومريح للمستمع.

- تقوم المرشدة بنمذجة المهارة وتطلب من المشاركين أن يتمرنوا عليها.

- تتابع المرشدة مهارات اللغة وتقول: من المهارات التي علينا أن نتعلمها

سلاسة أو طلاقة اللغة: عندما يتحدث الشخص بطريقة غير سلسة كأن يتردد يتمتم أو يتلعثم يجعل التواصل غير فعالا وقد يؤدي الى انقطاع التواصل وعدم تمكنه من ايصال الرسالة الى المستمع، فالحديث الفعال هو الحديث الذي يخلو من إعادة أو حذف الكلمات.

مقدار الحديث: قد ينطق الشخص كمية كبيرة من الكلمات دون انقطاع، أو كمية قليلة جدا، وكلا المقدارين غير فعالين في التواصل، فالتواصل الفعال هو الذي يحتوي كميات متساوية من الكلام مجزء الى أجزاء مختلفة.

الزمن اللازم للاستجابة: عند الحديث مع الآخرين من غير المناسب أن تتكلم بسرعة كبيرة أو ببطئ شديد، ولا تسكت لفترة طويلة،فالتواصل الفعال يكون بالاستجابة من دون توقف لفترة طويلة والتحدث بسرعة متوسطة.

- تقدم المرشدة بعض الأمثلة عن المهارات السابقة وتقوم بنمذجتها أمام المشاركين ثم تطلب منهم أن يقوموا بأداء هذه المهارات وتصححها لهم ويقوموا بتكرار هذه المهارات الى أن يتمكنوا منها.

- في نهاية الجلسة تستمع المرشدة لآراء المشاركين عن المهارات التي تعلموها خلال الجلسة وتسألهم إذا كانوا مارسوا هذه المهارات سابقا"، وتطلب منهم كواجب بيتي أن يقوموا بأداء هذه المهارات بالاضافة الى مهارات الاتصال غير اللفظي التي تعلموها في الجلسة السابقة وأن يؤدوها في تواصلهم اليومي مع بعضهم البعض ومع المريض وأن يكتبوا مدى التزامهم بها، وأن يكتبوا أمثلة على ذلك، بالاضافة الى كتابة الأسئلة والاستفسارات التي تخطر على بالهم.

الجلسة الثالثة عشر: **المدة: 90 دقيقة**

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1-مراجعة الواجب البيتي.

2- أن يتعرف المشاركون على بعض المهارات اللفظية.

3-أن يتدرب المشاركون على هذه المهارات اللفظية.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتجيب عن تساؤلاتهم واستفساراتهم عن الجلسة السابقة وتستعرض معهم الواجب البيتي وتتعرف على بعض الأمثلة عن أنماط تواصل الأسرة مع بعضهم البعض ومع مريضهم.

- تقول المرشدة سوف ننتقل اليوم لنتدرب على مهارات الاتصال اللفظي سوف أقدم لكم بعض الاقتراحات وأمثلة عليها ثم ستقدمون لي بعض الأمثلة من حياتكم اليومية ثم ستتدربون على المهارات الصحيحة الى أن تتمكنوا منها بهدف تحسين التواصل في أسرتكم. من الأشياء التي ممكن أن تحسن التواصل ما يلي:

ركز على ما تريد أن تقوله بالتحديد: فالمريض النفسي لديه غالبا صعوبة في التركيز. لذا استخدم العبارة القصيرة، الواضحة، المحددة ويرافقها التشجيع ستكون أسهل على المريض ليفهمها ويستجيب لها. مثلا: تجنب قول: عندما كنت ذاهبا في الصباح الى الدكان لأشتري لك الحلوى التي تحبها توقف باص، احزر من نزل منه؟ صديقك أيمن، أنا لم أره منذ كنت في المدرسة الثانوية، لما رآني سألني ما الذي أفعله فقلت له ذاهبا الى الدكان لأشتري بعض الأشياء، بعدها قال لي ماذا كان يفعل، كان مستعجلا ولكن طلب مني أوصل لك سلامه. بعدها ذهبت الى الدكان.

أستبدله بما يلي: اليوم لقيت صديقك أيمن وطلب مني أن أوصل لك سلاما.

(اجعل التواصل مختصرا)

اجعل التواصل مْركزا: عندما يكون لدى الشخص صعوبة في التركيز، فمن المفيد التركيز على موضوع واحد فقط في المرة الواحدة، فبالرغم من وجود عدة مواضيع بحاجة للمناقشة فإن التواصل سوف يكون فعالا أكثر إذا تم الحديث عن موضوع واحد فقط في المرة الواحدة، وإلا فإن ذلك سوف يكون مربكا جدا وسوف يفشل الاتصال، خاصة عند الشخص المريض نفسيا.مثلا: تجنب قول: سلوى، أنا قلقة عليك، أنت لم تذهبي الى الطبيب ولم تأخذي الدواء، تنامين طول اليوم، وتدخنين السجائر عندما تكونين مستيقظة. لا أعرف ما الذي سيحدث معك.

استبدل ذلك بما يلي: سلوى، أنا قلقة لأنك لم تأخذين الدواء منذ ثلاثة أيام.

(استخدم ضمير المتكلم"أنا" وتحدث عن موضوع واحد فقط في المرة الواحدة)

تكلم بوضوح: عندما يكون الشخص غامضا فيما يقوله، فإن من الصعب فهم الرسالة، كلما كان الحديث واضحا كان أسهل فهمه.مثلا: تجنب قول: أنت لطيفة جدا.

استبدله بما يلي: أحب طريقتك في الابتسام لي عندما أعود من العمل وعندما تسأليني كيف كان يومي. (كن واضحا ودقيقا)

ركز على السلوك: من الصعب تغيير الشخصية، المواقف، أو المشاعر بلحظات، لذلك إذا كان السلوك المرغوب أو غير المرغوب محددا، فإن ذلك سيجعل الشخص قادرا على العمل لتغيير هذا السلوك،

كما أن الشخص يميل الى أن يكون أكثر انفتاحا ليغير سلوكه عندما يعبر الآخرين عن مشاعرهم غير السارة تجاه السلوك أكثر من تجاه الشخصية أو الصفات.

مثلا: تجنب قول: أنت شخص كسول.

استبدل ذلك بما يلي: أنا منزعج لبقائك في السرير الى وقت الظهيرة.

مثلا: تجنب قول: أنت شخص غير جيد.

استبدل ذلك بما يلي: أنا أشعر بالغضب عندما تنفق مصروفك قبل نهاية الشهر ثم تأتي تطلب مني بعض المال.

(ركز على السلوك بدلا من الشخصية، الوضع الجسماني، أو المشاعر للشخص الآخر)

استخدم عبارات " المشاعر ": عندما يقوم شخص ما بعمل شيء يجعلك تشعر بالفرح، الحزن، الغضب، عبر له عن ذلك بطريقة هادئة. لا تفترض أن الشخص الآخر سوف يعرف كيف تشعر بدون أن تقول له شيء مباشرة، فإن قولك للشخص بصراحة كيف تشعر ممكن أن يشجع التواصل بينكما. مثلا:

تجنب قول: أنت لا تعير اهتماما لمشاعري.

استبدل ذلك بما يلي: أنا منزعج لأنك لم تستمع لي في الأمس عندما كنت أحدثك عن يومي السيء.

(إذا أثر فيك سلوك شخص ما قل له كيف تشعر)

- تقوم المرشدة بنمذجة المهارات عند تقديمها وتطلب من المشاركين أن يقوموا بأدائها أمام بعضهم البعض ويقوموا بتصحيح بعضهم البعض بمشاركة المرشدة، الى أن يتعلموا هذه المهارات.

- في نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على تجاوبهم معها في الجلسة وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم، وتطلب منهم أن يطبقوا ما تعلموه في الجلسة في تواصلهم اليومي وأن يكتبوا بعض الأمثلة عن ذلك.

الجلسة الرابعة عشر :   المدة: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1-أن يتعرف المشاركون على كيفية التعبير عن المشاعر الايجابية.

2-أن يتدرب المشاركون على التعبير عن المشاعر الايجابية.

3-أن يتعرف المشاركون على كيفية التعبير عن المشاعر السلبية.

4-أن يتدرب المشاركون على التعبير عن المشاعر السلبية.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتقوم بمراجعة الواجب البيتي وتستعرض مع المشاركين المهارات اللفظية التي تعلموها في الجلسة السابقة وكيف طبقوها وتطلب منهم عرض بعض الأمثلة التي قاموا بتطبيق هذه المهارات فيها.

- تقول المرشدة للمشاركين اليوم سنتعلم مهارات أخرى في الاتصال اللفظي ومن هذه المهارات مهارة **التعبير عن المشاعر الايجابية**، وتسألهم على التوالي، برأيكم لماذا تعتبر مهارة التعبير عن مشاعرنا الايجابية لبعضنا البعض مهمة؟ ماذا يحدث عندما تعبر عن مشاعرك الايجابية لشخص ما لأنه قام بعمل شيء لك؟ كيف تشعر عندما يعبر لك أحد الأشخاص عن مشاعر ايجابية تجاهك بسبب قيامك بعمل شيء ما له؟

تستمع المرشدة لأجوبة المشاركين على كل سؤال على التوالي ثم تعقب على ذلك بما يلي: إن أفراد الأسرة غالبا ما يقومون بأشياء تسر بعضهم البعض، من الضروري ملاحظة هذه الأعمال الايجابية عندما تحدث، حتى لو كانت هذه الأعمال تحدث بطريقة روتينية أو حتى يومية، إن الإشارة لهذه الأعمال الجيدة له فائدتين: الفائدة الأولى هي أنها تجعل الفرد في الأسرة يعرف أن العمل الايجابي قد تمت ملاحظته وتقديره، أما الفائدة الثانية فهي أنها تزيد من احتمالية تكرار العمل الايجابي. يعزز التواصل كلا الفائدتين فتساعدان الأسرة، والمساعدة تشبه وضع الودائع في بنك الأسرة والتي ممكن أن تساعد مع مرور الوقت في التخلص من التوتر.

فالتعبيرعن المشاعر الايجابية لبعضنا البعض يجعلنا نشعر مشاعر جيدة، فعندما تقول لشخص ما إنك شاكرا له لما فعله لك، فإن ذلك يشجع الشخص على عمل اشياء جيدة لك في المستقبل، وعندما يصل للشخص مشاعر ايجابية على شيء فعله فإن ذلك يجعله يشعر أن الآخرين يقدرون ما فعله وليس مفروضا عليه.

- تقوم المرشدة بعرض أمثلةعن التعبير عن المشاعر الايجابية ثم تطلب من المشاركين بالقيام بلعب الدور ليتعلموا كيف يعبرون عن مشاعرهم الايجابية تجاه بعضهم البعض.

مثلا: <u>تجنب</u> تجاهل الأعمال الايجابية للأخرين.

<u>استبدل ذلك بما يلي:</u> أنا مبسوطة لأنك أرحتني وقدمت لنا طعام العشاء في الأمس، لقد كنت تعبانة جدا.

(دع الآخرين يعرفون أنهم أسعدوك)

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يقدموا بعض الأمثلة وتعلق على هذه الأمثلة وتصححها إذا دعت الحاجة.

- **التعبير عن الحب:** تقول المرشدة لاتنسى مدى تأثير قوة الحب وأهمية أن يعرف المريض أنك تحبه، إن قولك ببساطة: "أنا أحبك" ممكن ان تعني شيئاً كبيرا له وتظهر له أنك تتقبله على ما هو عليه. إن تذكير المريض(ابنك، زوجك، أخاك...) بأنك تحبه بطريقة طبيعية سوف يؤكد لك وله أنكما لن تنسيا الحب الذي جمعكما معا.

- تقوم المرشدة بتزويد المشاركين بعض الأمثلة كما تطلب منهم أن يطرحوا بعض الأمثلة من حياتهم العملية وتصحح لهم إذا لزم الأمر.

- تتابع المرشدة تقديم المهارات فتقول: من المهارات الأخرى هي مهارة التعامل مع **المشاعر السلبية:** تسأل المرشدة المشاركين: برأيكم لماذا يعتبر من الأهمية بمكان التعبير عن المشاعر السلبية الموجودة عندك؟ ماذا يحدث إذا عبرت عن مشاعرك السلبية بطريقة عدائية مثل الصراخ؟ لماذا يعتبر مهما التعبير عن المشاعر السلبية لشخص ما بطريقة بناءة؟ تستمع المرشدة لما يقوله المشاركون ثم تعقب بما يلي: في بعض الأحيان يكون لدى الفرد مشاعر غير سارة تجاه أشخاص قاموا بعمل شيء أزعجه من هذه المشاعر: الغضب، الإهمال، الحزن، الإنزعاج، والقلق. إن التعبير عن المشاعر السلبية ممكن بواسطتها أن تقول للآخرين كيف أثرت بك سلوكياتهم، إذا لم تعبر عن مشاعرك السلبية فممكن لهذه المشاعر أن تتراكم عندك وسوف تنفجر في نوبة من الغضب على أشياء تافهة، فإذا صرخت، فإن الآخرسوف يكون دفاعيا ويصرخ عليك أيضا وستزداد المشكلة سوءا. لذلك عند التعبير عن هذه المشاعر غير السارة من المهم أن يكون التركيز على ما فعله الشخص بدلا من انتقاد الشخص نفسه. كما أنه من المفيد أن تقدم اقتراحا كيف يمكن للشخص أن يعدل الموقف أو يمنع تكراره في المستقبل، كما أن نغمة الصوت يجب أن تكون منسجمة مع ما تشعربه ولكن بدون تجريح أو انتقاد. مثال:

<u>تجنب قول:</u> انت جننتني عندما جئت متأخرا الى البيت.

<u>استبدل ذلك بما يلي:</u> أنا كنت قلقة كثيرا بالأمس عندما تأخرت عن موعد رجوعك، ياريت تكلمني بالهاتف عندما تريد أن تتأخر.

مثال آخر: <u>تجنب قول:</u> أنت شخص قذر.

<u>استبدل ذلك بما يلي:</u> أنا غاضبة لأنك لم تنظف بعد ما تناولت عشاءك في الأمس، من فضلك في المرة القادمة ضع الصحون المتسخة في المجلى بعد انتهاءك من الطعام.

(عند التعبير عن المشاعر غير السارة ركز على السلوك واقترح كيف يمكن تحسين الموقف).

- تطلب المرشدة من المشاركين إعطاء بعض الأمثلة وتصحح لهم إذا لزم الأمر.

- في نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على تعاونهم وتطلب منهم كواجب بيتي التدرب على المهارات التي تعلموها في حياتهم اليومية وكتابة بعض الأمثلة لعرضها في الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة عشر: المدة: 90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1-أن يتعرف المشاركون على كيفية طلب الأشياء بطريقة ايجابية.

2- أن يتدرب المشاركون على كيفية طلب الأشياء بطريقة ايجابية.

3-أن يتعرف المشاركون على كيفية عمل التسويات والمفاوضات.

4-أن يتدرب المشاركون على عمل التسويات والمفاوضات.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتراجع معهم المهارات التي تعلموها في الجلسة السابقة وتطلب منهم عرض الأمثلة التي قاموا بها وكتبوها في الواجب البيتي وتقدم لهم تغذية راجعة عن كيفية أدائهم.

- تنتقل المرشدة الى المهارة اللفظية الأخرى فتقول: من المهارات التي نحتاجها في حياتنا اليومية هي الطلب من الآخرين عمل أشياء: لماذا برأيكم يحتاج الفرد الى أن يكون قادرا على طلب الأشياء من الآخرين؟ ماذا يحدث عندما تطلب خدمة من الآخرين؟

تستمع المرشدة لما يقوله المشاركون ثم تعقب بما يلي: كل شخص بحاجة لأن يكون قادرا على طلب الخدمة من أي شخص آخر، وذلك لأن أي شخص بحاجة لشيء من الآخر، فكل شخص لديه شيء يحتاجه الاخر، وبذلك كل شخص يقوم بخدمة الآخر فالعيش المشترك هو جزء مهم في الحياة. عادة يشعر الناس بعدم الارتياح عندما يطلب منهم الآخرون عمل أشياء، وغالبا يرفضون الانصياع للطلب، الطلب بطريقة ايجابية وليس اجبارية ممكن أن تجعل الشخص أكثر تقبلا للطلب.

إن القدرة على طلب الأشياء بطريقة إيجابية هي مهارة حساسة للأشخاص الذين يعيشون معا، كما أن الطلب بطريقة ايجابية شيء مهم ليس فقط للطلب من الآخرين أن يعملوا معروفا لك، بل أيضا مهما لعمل تغيرات في السلوك، ويتضمن ذلك السلوك المزعج، فالفرد في الأسرة ممكن أن يقوم بطلب أيجابي بدلا من التعبير عن المشاعر السلبية.

<u>مثلا</u>: إذا أدار أحدهم الراديو بصوت عالي في الليل، ممكن أن تقول له (سأكون شاكرا لك إذا خفضت صوت الموسيقى بعد الساعة الحادية عشر ليلا فهذا يجعلني أنام بسهولة أكثر.) (طلب ايجابي)

<u>بدلا من</u>:(إن إدارة الراديو بصوت عالي في وقت متاخر من الليل يزعجني لأنني لا أستطيع النوم مع الضجيج.) (التعبير عن المشاعر السلبية)

هذه الاستراتيجية جيدة لحل المشاكل عند العديد من الأسر، خاصة عند وجود نفور من التعبير عن المشاعر السلبية أو عندما يكون بعض الأفراد حساسين إذا عبر لهم أحد الأشخاص عن مشاعر سلبية. فإذا كان الطلب بطريقة ملحة أو مهددة يكون غير فعالا وينتج عنه توتر. أحيانا قد ينفع الطلب ولفترة قصيرة، ولكن ممكن أن يؤدي الى الاستياء ويجرح المشاعر ولن يكون فعالا إذا كان لفترة زمنية طويلة. ففي العادة الناس لا تستجيب لكل طلب، مهما كانت طريقة الطلب لطيفة. ومع ذلك فإن طلب الأشياء بطريقة ايجابية ممكن أن يقلل من التوتر ويؤدي الى نتائج ايجابية.

عندما تطلب شيئا، من المفضل أن تختصر في الكلام وتحدد ما الذي تريده من الآخر أن يفعله، تستخدم صوتا هادءا ولطيفا، ومن المفيد ان تبدأ بعبارات مثل:(أحب أن....

سأكون شاكرا لك إذا.....) كما أن كلمة من فضلك سوف تساعدك كثيرا. أمثلة:

تجنب قول: أمي، اصنعي شيئا جيدا من الحلويات للتغيير فقط.

استبدل ذلك بما يلي: أمي، سأكون شاكرة لك إذا صنعت هريسة.

تجنب قول: نظف غرفتك.

استبدل ذلك بما يلي: أحب أن تضع ملابسك المتسخة في السلة وأن ترتب سريرك قبل مغادرتك البيت اليوم.

(اطلب الأشياء من دون الحاح وبطريقة ايجابية).

- تقوم المرشدة بتزويد المشاركين بأمثلة أخرى كما تطلب منهم أن يطرحوا بعض الأمثلة من حياتهم العملية وتصحح لهم إذا لزم الأمر.

- تقول المرشدة: بعد أن تدربنا على طريقة طلب الأشياء بطريقة ايجابية ننتقل الى تعلم مهارة عمل التسويات والمفاوضات، وتسأل المشاركين: عندما يكون الأشخاص غير متفقين على شيء كيف ممكن أن تساعدهم التسويات في حل الخلاف؟ برأيكم لماذا يكون من الضروري أن نتفاوض في بعض الأحيان للوصول الى التسويات؟

- تستمع المرشدة لإجابات المشاركين ثم تعقب على كلامهم: إن التسويات تجعل الأشخاص قادرين على حل الخلافات لأنها تجعل كل شخص يحصل على جزء مما يريد على الأقل. وفي العادة عندما يقترح شخصا ما تسوية، تكون غير مقبولة في البداية من قبل الآخرين، هنا تأتي أهمية التفاوضات التي تساعد الأشخاص كافة في التوصل الى تسوية يتفق عليها الجميع. من الضروري أن نتدرب على هذه المهارة قبل انتقالنا الى التدريب لمهارات حل المشكلات وذلك لأن بعض الأسر لديها صعوبة في قبول تعريف للمشكلة التي تواجهها، أو قبول أفضل الحلول المطروحة لحل المشكلة، فتعليم المشاركين

كيفية عمل التسويات والمفاوضات ممكن أن يزيد من قابليتهم لحل المشكلات بطريقة تعاونية، إن وجود مقدار كافي من هذه المهارة في بعض الأسر ممكن أن يغنيها عن الحاجة الى حل المشكلة لأن المشاكل تنحل قبل أن تتطور، ولكن يجب على المتدربين أن يكونوا متقنين لمهارات الاستماع الفعال التي سبق وأن تدربنا عليها في الجلسات السابقة. ما رأيكم بما سمعتموه؟

- تستمع المرشدة لآراء المشاركين ثم تبدأ في عرض خطوات مهارة التفاوض والتسويات فتقول: تتألف هذه المهارة من خمس خطوات وهي:

النظر الى الشخص الذي تتفاوض معه، شرح وجهة نظرك بكل هدوء، الانصات الى وجهة نظر الشخص الآخر، إعادة ما سمعته من الشخص الآخر، اقتراح حل وسط(من المفضل أن يكون أكثر من حل واحد). إن التدريب على هذه المهارة يتطلب وقتا وصبرا أكثر من المهارات الأخرى لأن الحلول المقدمة في البداية ممكن ألاتكون مناسبة لأحد الأطراف، لذلك الفن في التفاوض هو إبقاء الحوار دائرا عندما يقدم أي طرف الاقتراحات والمحافظة على حالة الهدوء والصبر المتبادل، فالهدف من التفاوض أن يحصل كل طرف على جزء مما يريد وليس الفوز أو الهزيمة. ولكن هذا لايعني أن كل قضية ممكن أن تناقش **مثل**: التدخين في السرير.

- تكلف المرشدة أحد المشاركين في لعب الدور ليقوم بالتفاوض مع مشاركا آخر للوصول الى حل لمثال واقعي يقترحه المشارك وتقوم بمراقبة الحوار مع باقي المشاركين حتى يقدموا له تغذية راجعة عن أدائه في نهاية التفاوض. (عند مواجهة اختلاف كبير بين الأطراف يجب تشجيعهم للإستمرار في التفاوض للوصول الى التسوية المناسبة للطرفين وليس الاستسلام فالمرشدة تقول لهم بتفاؤل وثقة إنكم قادرين على الوصول الى التسوية المناسبة لكم إذا استمريتم في العمل على ذلك.)

- يتدرب جميع المشاركون على هذه المهارة كل بدوره وتقدم لهم المرشدة مع باقي المشاركين التغذية الراجعة عن أدائهم وتصلح لهم إذا لزم الأمر.

- في نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على تعاونهم وصبرهم في سبيل التدريب على المهارات، ثم تطلب منهم تطبيق هذه المهارات في حياتهم العملية وأن يكتبوا بعض الأمثلة عن ذلك ليناقشوه في الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة عشر: **المدة90 دقيقة**

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1 -أن يتعرف المشاركون على مهارة طلب الوقت المستقطع.

2 -أن يتدرب على مهارة طلب الوقت المستقطع.

3 -أن يتم مراجعة مهارات التواصل بشكل عام.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتشكرهم على الحضور والالتزام ثم تراجع معهم الواجب البيتي وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم.

- تقول المرشدة بعد أن أتقنا التدريب على مهارات التفاوض والتسويات سوف ننتقل الى مهارة طلب الوقت المستقطع، ثم تبدأ في شرح مهارة طلب الوقت المستقطع فتسأل المشاركين على التوالي: برأيك ماذا يحدث عندما يحتد النقاش بينك وبين الشخص الآخر ويظهر لديك التوتر وتستمر في النقاش؟

كيف يكون من المفيد أن نأخذ وقتا مستقطعا أثناء النقاش الساخن؟

- تستمع المرشدة لإجابات المشاركين ثم تقول: عندما يظهرالتوتر ويزداد سوءا" يصبح من الصعب حل المشكلة التي تناقش، لذلك فإن أخذ وقتا مستقطعا عندما يصبح النقاش ساخنا ممكن أن يساعد جميع الأطراف ليهدأوا، فمن السهل حل الخلافات عندما يكون الأشخاص هادئين. أما إذا استمر النقاش أثناء وجود مشاعر الغضب أو الإحباط يصبح من الصعب استخدام التواصل الفعال كما أن أي محاولة لحل الصراع ممكن أن تزيد الموقف سوءا، لذلك تعليم أفراد الأسرة كيف يطلبون وقتا مستقطعا عندما يشعرون بالتوتر وبعد أن يهدأوا يصبحوا قادرين على التوجه للمشكلة بوجهة نظر أفضل وذلك يساعد في التوصل الى حل ناجح للمشكلة. عند العديد من الأسر يكون التعبير عن المشاعر السلبية بأسلوب تواصل فعال مفيدا في منع تأجج مشاعر الغضب، ولكن بعض الأفراد لديهم صعوبة في ملاحظة مشاعر الغضب لديهم عندما تصبح شديدة وخارجة عن السيطرة، لذلك تعتبر مهارة طلب الوقت المستقطع مفيدة لهم ولأقاربهم.

- (العنصر الأساسي في تعليم هذه المهارة هو التأكد من أن يتعرف كل فرد من أفراد الأسر على المؤشرات الداخلية المبكرة للإثارة) تسأل المرشدة المشاركين:

كيف تعرف أنك غاضب؟ ما هي المؤشرات التي تشعر بها في جسمك؟

تستمع المرشدة لإجاباتهم ثم تقول: العديد من الأفراد ليهم قدرة على التعرف على المؤشرات الجسمية مثل: الضيق في الصدر، ألم في محيط الرأس،.... ولكن يوجد العديد يحتاجون الى تعلم كيف يتعرفون على المؤشرات الداخلية للغضب وبالتالي يقومون بطلب الوقت المستقطع، فهذه المهارة مفيدة في المواقف المشحونة انفعاليا.

أما خطوات مهارة الوقت المستقطع فهي:

الاشارة الى أن الموقف مشحون انفعاليا، قل للشخص أن وجود هذه الانفعالات يتعارض مع التواصل الفعال، قل إنك يجب أن تغادر لفترة مؤقتة.

-تقوم المرشدة بنمذجة هذه المهارة ثم تطلب من المشاركين أن يطبقوا المهارة و تقوم بتلقينهم عند الضرورة حتى يتقنوا المهارة جيدا.

- تقوم المرشدة مع المشاركين بتلخيص مهارا ت الاتصال التي تعلموها من أجل الانتقال الى مهارة حل المشكلات في الجلسة القادمة، فتقول المرشدة:

بعد أن أنهينا مهارات الاتصال سوف نستعرض هذه المهارات بشكل مختصر لأننا في الجلسة القادمة سنبدأ في تعلم مهارة حل المشكلات، من يرغب أن يلخص لنا المهارات بشكل عام؟

تستمع الى مشاركة بعض المشاركين ثم تلخص هذه المهارات فتقول:

إن مهارات الاتصال الجيد تتلخص بما يلي: حافظ على التواصل البصري، استخدم ضمير المتكلم(أنا) كن موجزا في الكلام مع التركيز على النقاط المهمة، الالتزام في التحدث بموضوع واحد فقط، استخدم مهارات الاصغاء الفعال(عكس المحتوى، إمالة الرأس للأمام....)، كن محددا بما تفضل ولا تفضل، كن محددا بما تريد ولا تريد، استخدم عبارات تحتوي على مشاعر، أعط تعزيزا، احترم رأي الآخر، تعرف على مشاعر الآخر وراعها.

- فينهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على مشاركتهم ثم تطلب منهم أن يتدربوا على مهارة طلب الوقت المستقطع وأن يكتبوا أمثلة عليها ليناقشوها في الجلسة القادمة، وأن يكتبوا الأسئلة والاستفسارات التي تخطر على بالهم حول مهارات الاتصال من أجل الاجابة عليها قبل الانتقال الى مهارة حل المشكلات.

مرحلة التدريب على حل المشكلات:

يعتبر تحسين قدرة المشاركين على حل مشكلاتهم من المهام الأساسية في برنامج الارشاد السلوكي الأسري. فمن الأهداف الأولية للبرنامج هو تعليم المشاركين طريقة منظمة لحل مشكلاتهم الخاصة، فعندما تساعد المرشدة المشاركين في حل مشكلات معينة و انجاز أهداف مرغوبة، يكون تركيز الارشاد السلوكي الأسري هو مساعدة المشاركين لتعلم حل مشكلاتهم بأنفسهم والتقدم باتجاه اهدافهم الخاصة والذي بدوره سيساعدهم في حل مشكلاتهم مع المرضى.

هذا التركيز على تطوير مهارات حل المشكلات لا يحصل بطريقة عشوائية، إن جوهر الافتراض من العلاج السلوكي الأسري هو أن مهارة حل المشكلات ممكن أن يتم تعلمها بشكل أكثر فاعلية عند المشاركين الذين لديهم القدرة على فهم الاضطراب عند المريض والذين يمتلكون مهارات اتصال

فعالة، لذلك عادة ما يكون التدريب البناء لحل المشكلات في البرنامج بعد مرحلة التثقيف ومرحلة التدريب على مهارات الاتصال.

الجلسة السابعة عشر: المدة90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1 - أن يتعرف المشاركون على خطوات مهارة حل المشكلات بشكل عام.

2 - أن يتعرف المشاركون على الخطوة الأولى في مهارة حل المشكلات (تعريف المشكلة).

3 - أن يتدرب المشاركون على مهارة تعريف المشكلة.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتراجع معهم الواجب البيتي حول طلب الوقت المستقطع ثم تجيب عن استفساراتهم عن مهارات الاتصال بشكل عام من أجل الانتقال الى مهارة حل المشكلات.

- تبدأ المرشدة بتقديم التبرير المنطقي لاستراتيجية حل المشكلات فتقول: جميعنا نواجه مشكلات بسيطة ومعقدة، أحيانا نشعر بعجزنا لأننا لا نعرف كيف نتعامل مع المشكلة.إن استراتيجية حل المشكلات ممكن أن تساعد في معرفة وتعريف المشكلة وتجربة الطرق الممكنة لحلها، وبهذا نستطيع أن نسيطر على المشكلة بدلا من أن تسيطر علينا، وإن حل المشكلة عند وقوعها يجنب أو يحمي من مشاكل مستقبلية. لذلك من المهم أن نحسن من مهاراتنا في حل المشكلات.

- تبدا المرشدة في التعرف على مهارات المشاركين في حل المشكلات التي تواجههم فتقول: أريد منكم الآن أن تناقشوا موقف يسبب لكم مشكلة في حياتكم اليومية مثل (التعامل مع الضغوط المالية، طلب المساعدة عند مرض أحد أفراد الأسرة...) حتى أتعرف على مهاراتكم في حل المشكلات.

(أثناء مناقشة المشاركين كيفية معالجة الموقف تقوم المرشدة بتحسس السلوكات ذات العلاقة بخطوات استراتيجية حل المشكلة فتسألهم: (هل تجتمعون جميعا كأسرة وتناقشون المشكلة ؟ هل يشارك جميع الأفراد في إعطاء الأفكار؟ كيف تقررون من تكون عليه مسؤولية تطبيق الحل؟ ما هو الشيء الذي ترغبون في تحسينه في مهاراتكم لحل المشكلات كأسرة ؟). بعد ذلك تقوم المرشدة بتلخيص جهود المشاركين مع إبراز مهاراتهم في حل المشكلة التي ظهرت أثناء النقاش مثل (إذا" تجتمعون بعد العشاء وتفكرون سوية لترون كيف يمكن أن تحلون المشكلة) وتعرفهم على الصعوبات التي تواجههم لحل المشكلة مثل (إنكم تجدون حلولا جيدة كثيرة ولكن تجدون صعوبة في تحديد ما هو الحل الأفضل لتجربوه).

- تقول المرشدة إن اتباع الطريقة المنظمة لحل المشكلات ممكن أن يساعد في تنظيم أفراد الأسرة وجعلهم يركزون على المشكلة، مع أن حل المشكلات يتم بطريقة واضحة ومنظمة فإن الأسر في البداية بحاجة الى تحديد من يكون مديرا" لنقاش الأسرة. هذا المدير تقع عليه مسؤولية توجيه الأسرة لخطوات حل المشكلة، مع تساوي مساهمته مع الآخرين في الجهد لحل المشكلة. وبالاضافة الى تحديد المدير فإن أفراد الأسرة بحاجة الى تحديد سكرتيرا أو كاتبا يكون مسؤولا عن التسجيل كتابيا لاجتماعات الأسرة في حل المشكلة. أحيانا يكون المدير هو نفسه الكاتب أو يكون شخصا" آخرا" يتولى هذه المهمة.

- تسأل المرشدة المشاركين عن رأيهم بما سمعوه وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم ثم تقول: أحيانا" في بعض الأسر أو المجتمعات هنالك ما يمكن أن نسميه قائداً" للأسرة، هنا يكون من غير المناسب أن نختار مديرا" للنقاش غير القائد الطبيعي للأسرة وقد يعطي نتائج عكسية، فقد يجد أفراد الأسرة صعوبة في متابعة المدير إذا لم يكن قائد الأسرة الطبيعي. كما أن الأسر تقل رغبتها في استخدام اسلوب حل المشكلات إذا لم يظهر هذا الاسلوب بطريقة متسقة مع هرم السلطة الموجود في الأسرة.

- تقوم المرشدة بعرض خطوات مهارات حل المشكلات فتقول: إن التدريب على مهارات حل المشكلات يتضمن تعليم الأسر طريقة منظمة في حل المشكلات مصممة لتقليل التواصل السلبي وزيادة الحلول الناجحة، ويكون التركيز في تعليم الطريقة أكثر من حل مشكلات محددة. إن جوهر حل المشكلات هو أن المشكلات ممكن أن تحل وتتحقق الأهداف إذا اتبعنا الطريقة التي تتضمن الخطوات الثابتة والمتسلسلة التالية: 1- تعريف المشكلة. 2- توليد حلول ممكنة للمشكلة. 3- تقييم مزايا ومعيقات كل حل من الحلول. 4- اختيار أفضل حل من الحلول الممكنة.5- عمل خطة لكيفية تطبيق الحل. 6- عمل مراجعة للخطة في وقت لاحق.

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يفترضوا أنهم أسرة واحدة وأن يختاروا أحدهم ليكون مديرا لنقاش حل المشكلات الذي سوف يتعلموه على أن يطبق هذا الدور جميع المشاركون على التوالي. ثم تبدأ في تقديم الخطوة الأولى لحل المشكلات وهي تعريف المشكلة فتقول:

تتضمن المهارة الأولى تعريف التحديات أو الضغوط كمشكلة تحتاج الى حل أو أهداف بحاجة الى تحقيق. وهذا يساعد الأسرة الى الانتقال من عبارات عامة عن الصعوبات التي تواجهها مثل (صعوبة مالية) الى تعريف لمشكلة واضحة ومحددة مثل (لدينا عجز حوالي 300 دينار شهريا". أو نحن بحاجة الى 1500 دينار لتغيير محرك السيارة).

والآن كيف يمكن ان يتم ذلك؟ الطريقة هي مناقشة المشكلة أو الهدف عن طريق اجتماع أفراد الأسرة ويتحدثون حول هذه المشكلة او الهدف ويصغون الى كل شخص يتحدث باستخدام مهارات الاصغاء الفعال مثل التواصل البصري، استخدام أسئلة توضيحية..، وهذا مهم خاصة للأشخاص الأكثر تأثرا من هذه المشكلة. بعد أن يقدم جميع أفراد الأسرة آرائهم، يحاول أفراد الأسرة الوصول الى تعريف مشترك للمشكلة أو الحل. وهذا يتطلب من أفراد الأسرة أن يتفاوضوا مع بعضهم البعض،ثم صياغة المشكلة أو الهدف بعبارات ايجابية متفق عليها من قبل جميع الأفراد. عندما يوافق جميع الأفراد على تعريف محدد يقوم الكاتب بكتابة هذا التعريف.

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يقترحوا مشكلة بسيطة تواجههم في حياتهم اليومية ويقوموا باختيار تعريف مناسب لها من أجل التوصل الى حل لها فيما بعد. وتطلب من المدير أن يدير الحوار بينهم على أن يفسح المجال لكي يتحدث الجميع بحيث لا يطغى أحدهم على الآخر، وأن يحث الجميع للمشاركة، وأن يبقى الحوار منصبا على تعريف المشكلة. كما تطلب من الكاتب أن يدون التعريف الذي سوف يتوصلون اليه. وتقوم بمراقبة ما يقومون به وإعطائهم التغذية الراجعة على أدائهم مثل (هل أخذت رأي جميع المشاركين؟) و(ممكن أن تقرأ تعريف المشكلة الذي كتبته) مع تعزيزهم لأي أداء ناجح يقومون به.

- في نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على تفاعلهم في الجلسة وتطلب منهم أن يطبقوا ما تدربوا عليه خلال الجلسة في حياتهم اليومية مع أفراد أسرهم، وأن يدونوا ملاحظاتهم وأسئلتهم ليتم مناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة عشر: المدة90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على الخطوة الثانية في حل المشكلات (توليد أكبر عدد ممكن من الحلول الممكنة).

2- أن يتدرب المشاركون على توليد البدائل.

3- أن يتعرف المشاركون على الخطوة الثالثة في حل المشكلات (تقييم الحلول)

4- أن يتدرب المشاركون على تقييم الحلول الممكنة.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتقوم بمراجعة الواجب البيتي معهم وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم وتراجع معهم الخطوة الأولى في مهارة حل المشكلات من أجل الانتقال الى الخطوة الثانية.

- تقول المرشدة: بعد مراجعة الخطوة الأولى سوف ننتقل الى الخطوة الثانية في مهارة حل المشكلات وهي توليد أكبر عدد ممكن من الحلول الممكنة. بعدما يوافق جميع أفراد الأسرة على تعريف محدد للمشكلة تأتي الخطوة الثانية لحل المشكلة والتي تتضمن توليد مجموعة من الحلول الممكنة، ويقوم كل فرد في الأسرة بالمساهمة بإعطاء حلول وآراء ممكنة لحل المشكلة ويتم تسجيل هذه الحلول حتى لو كانت هذه الحلول خيالية أو غير مألوفة، كل فرد عليه أن يساهم بفكرة واحدة على الأقل، وفي هذه المرحلة يجب تجنب تقييم الحلول.

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يطبقوا هذه الخطوة على المشكلة التي قاموا بتعريفها في الجلسة السابقة ويقوموا بتوليد أكبر عدد ممكن من الحلول، فيقوم الكاتب بقراءة التعريف ثم يقوم المدير بتوجيه العصف الذهني (تلقنه المرشدة عند الضرورة) ويشجع كل فرد ليساهم في إعطاء الحلول، ويتم تدوين كل حل من قبل الكاتب في نشرة خاصة لحل المشكلات توزعها المرشدة على المشاركين من أجل استخدامها في تطبيق مهارة حل المشكلات وتقوم المرشدة بمراقبة الكاتب عن بعد من أجل التأكد من كتابته للحلول التي يقدمها المشاركون وقد تتدخل فتقول له مثلا" (هل كتبت الحل الذي قدمه زميلك؟) وفي هذه المرحلة يقوم المدير بمقاطعة ومنع أي محاولة لتقييم الحلول، بل يشجعهم ليكونوا مبدعون ويبتكرون حلولا" ممكنة لهذه المشكلة.

- في بداية التدريب على مهارة حل المشكلات قد يواجه بعض المشاركين صعوبة في توليد حلول للمشكلة، هنا قد تقترح المرشدة بعض الحلول غير المألوفة وذلك لنمذجة تدفق الأفكار ولإدخال بعضا" من المرونة والمرح الى النقاش. في نهاية النقاش يجب إيجاد خمسة حلول على الأقل وذلك لزيادة فرصة إيجاد حلا واحدا ناجحا.

- بعد التوصل الى الحلول الممكنة تطلب المرشدة من الكاتب قراءة الحلول التي دونها ثم تقول لهم بعد توليد الحلول الممكنة تأتي الخطوة الثالثة في مهارة حل المشكلات وهي تقييم هذه البدائل فيتم تناول كل حل على حدا ويقوم أفراد الأسرة بتفنيد إيجابيات وسلبيات كل حل ويتم كتابة ذلك الى جانب الحل، وهكذا الى أن يتم تفنيد جميع الحلول، على أن يتم إيجاد واحد أو اثنين من الايجابيات والسلبيات على الأقل لكل حل.

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يطبقوا هذه الخطوة على المشكلة التي قاموا بتعريفها وولدوا لها الحلول الممكنة فيقوم المدير بتوجيه المشاركين من أجل أن يساهموا في إيجاد سلبيات وإيجابيات كل حل من الحلول والانتقال الى الحل الذي يليه الى حين الانتهاء من تقييم جميع الحلول التي تم توليدها، ويقوم الكاتب في كتابة ذلك الى جانب الحل في النشرة الخاصة في حل المشكلات.

- بعد الإنتهاء من تقييم الحلول تقوم المرشدة بإعطاء التغذية الراجعة حول أداء المشاركين (خاصة المدير والكاتب) ثم تسأل المشاركين عن آرائهم في المهارة التي تعلموها وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم. ثم تشكرهم على تفاعلهم في الجلسة وتطلب منهم أن يطبقوا ما تعلموه في الجلسة مع أفراد أسرتهم في حياتهم اليومية، وأن يكتبوا ذلك مع أسئلتهم عن ذلك من أجل مناقشته في الجلسة القادمة.

الجلسة التاسعة عشر: المدة90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على الخطوة الرابعة في حل المشكلات (اختيار الحل الأفضل).

2- أن يتدرب المشاركون على اختيار الحل الأفضل.

3- أن يتعرف المشاركون على الخطوة الخامسة في حل المشكلات (تطبيق الحل)

4- أن يتدرب المشاركون على تطبيق الحل.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتقوم بمراجعة الواجب البيتي معهم وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم وتراجع معهم ما تم تعلمه في الجلسات السابقة حول مهارة حل المشكلات من أجل الانتقال الى الخطوات اللاحقة.

- تقول المرشدة: الخطوة التالية في حل المشكلات هي اختيار الحل الأفضل من بين الحلول التي تم تقييمها، فبعد تقييم كل حل وايجاد فوائد وسلبيات وما يتطلبه كل حل يجب اختيار أفضل حل من بينهم، وهذا الحل يجب أن تتحقق فيه عدة معايير منها سهولة التطبيق، توفر المصادر اللازمة، أن يبدوا لنا أن هنالك تقدم نحو حل المشكلة سوف يظهر إذا طبقنا هذا الحل، فإذا قام أفراد الأسرة بتعريف المشكلة بطريقة واضحة ومنظمة وقاموا كذلك بتقييم الحلول، فإنهم سوف يتمكنون من اختيار الحل الأفضل بسهولة، لكن في بعض الأحيان قد يجدون عدة حلول جيدة هنا يحتاجون الى التفاوض

والنقاش فقد يلجؤون الى دمج عدة حلول إذا أمكن ذلك، أو قد يضعون خطة تتضمن عدة حلول يختارون أحدها ليطبق في البداية ثم يطبقون حلا" آخرا" إذا لم يؤدي الى حل المشكلة بشكل كامل.

- تسأل المرشدة المشاركين عن رأيهم بما سمعوه وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم ثم تطلب منهم أن يطبقوا ذلك على المشكلة التي قاموا بتطبيق الخطوات السابقة عليها خلال الجلسات الماضية، يقوم المدير بإدارة النقاش بين المشاركين فيطلب من الكاتب أن يقرأ الحلول وتقييم كل حل بمفرده حتى يستطيعوا تحديد الحل اللأفضل (في حال طلب المشاركون مساعدة من المرشدة تقول لهم أن مسؤولية تحديد الحل الأفضل تقع عليهم جميعا" لأنهم هم سوف يطبقون هذا الحل ولكن تساعدهم في تحديد إذا كان الحل تنطبق عليه المعايير ليكون حلا" جيدا").

(في حالة النقاش للتوصل الى الحل المناسب تشجع المرشدة المشاركين لكي يستخدموا مهارات الاصغاء الفعال للتأكد من أنهم يفهمون وجهة نظر بعضهم البعض).

- بعد أن يتفق جميع المشاركون على حلا" واحدا" تقوم المرشدة بتقديم التغذية الراجعة عن أداء المشاركين وتشجعهم على الاستمرار في استخدام هذا الاسلوب في حياتهم اليومية وأنهم كلما استخدموه تزداد مهارتهم، فكل مهارة تحتاج الى تدريب لإتقانها، وبعد ذلك تقوم بشرح الخطوة الخامسة في مهارة حل المشكلات وهي مهارة تطبيق الحل الذي قاموا باختياره فتقول:

بعد اختيار الحل المناسب تأتي مرحلة وضع خطة لتطبيق الحل، في أغلب الحالات يتطلب التطبيق الناجح للحل أن يقوم أفراد الأسرة بعمل شيء خارج جلسة النقاش، لذلك يجب وضع خطة للتطبيق، فالتطبيق الناجح يحدث عندما يتم التخطيط لما يلي: 1- أن تقع مسؤولية إنهاء مهمات محددة من مكونات الحل على أفراد محددين من الأسرة.

2-أن توضع خطة لكيفية الحصول على المصادر اللازمة مثل (المال، الخبرة).

3- أن يتم وضع خطة زمنية واقعية لتطبيق كل مهمة.

4- التعرف على المعيقات مسبقا" وتجاوز هذه المعيقات.

5- أن يحدد فردا" من الأفراد وأن يوافق على أن يكون مراقبا" لتطبيق الخطة ويعطي تقريرا" بذلك الى أفراد الأسرة عند اجتماعها.

عندما تتطلب الخطة عدة نشاطات من عدة أفراد، فمن المفيد أن تكتب هذه النشاطات على نشرة معينة وتوزع على هؤلاء الأفراد وعلى الفرد الذي عين مراقبا" على تنفيذ الخطة، فهذه النشرة تكون مفيدة في تذكير الأفراد بما عليهم من مهمات كما تفيد في مراقبة التقدم باتجاه التوصل الى حل المشكلة.

- تطلب المرشدة من المشاركين أن يطبقوا هذه الخطوة من مهارة حل المشكلات على المشكلة التي اختاروا الحل الأفضل لها، فيدير المدير النقاش ويدون الكاتب خطوات الخطة لتطبيق الخطة، كما يكتب النشرة التي تتضمن النشاطات والأفراد الذين سيقومون بهذه النشاطات، في بعض الأحيان من المفيد أن تكرر الأسر بعض مظاهر خطة حل المشكلة مثلا(قد يتدرب أحد الأفراد على كيفية التحدث الى الهاتف، الاستجابة بطريقة توكيدية لمن يطلب المزيد من المال.....) وهنا تساعد المرشدة المشاركين في لعب الدور وتراقب أدائهم ثم تعطيهم تغذية راجعة عن أدائهم حتى يتمكنوا من هذه المهارات ويصبح من السهل تعميم هذا التعلم الى خارج الجلسات الارشادية.

- قي نهاية الجلسة تقدم المرشدة التغذية الراجعة عن أداء المشاركين وتشكرهم على تجاوبهم معها ثم تطلب منهم الالتزام بالخطة وأن يقوم كل فرد بالمهمات الموكلة اليه وأن يقوم المراقب بمراقبة سير العمل حتى يقدم تقريرا" بذلك في الجلسة القادمة.

الجلسة العشرون: المدة90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على الخطوة السادسة في حل المشكلات (مراقبة تطبيق للحل الأفضل).

2- أن يتدرب المشاركون على مراقبة التطبيق للحل الأفضل.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتقوم بمراجعة الواجب البيتي معهم وتجيب عن أسئلتهم واستفساراتهم وتراجع معهم ما تم تعلمه في الجلسات السابقة حول مهارة حل المشكلات من أجل الانتقال الى الخطوة التالية والأخيرة.

- تقول المرشدة: الخطوة التالية في مهارة حل المشكلات هي فحص ما إذا كان الحل الذي اخترناه قد تم تطبيقه وفق الخطة التي وضعناها للتطبيق وهل كان هذا الحل فعالا" حيث أدى الى حل المشكلة وتحقيق الهدف المطلوب، حيث يقوم الفرد الذي تطوع لمراقبة تنفيذ الخطة بعرض ما تم تنفيذه من الخطة ثم يناقش أفراد الأسرة نجاح الخطة، فقد يكون هنالك خللا" ما في التطبيق يرجع الى عدم الحصول على المصادر اللازمة، أو أن الشخص الموكل بالمهمة نسي أن يتم المهمة كما يجب، هنا يقوم أفراد الأسرة بمراجعة للخطة ودراسة المعيقات التي حصلت وحلها إذا كان ذلك ممكنا"، ودراسة المصادر المتوفرة التي يمكن أن تساعد في حل المشكلة، أما إذا تبين أن الحل الذي تم اختياره غير ناجحا، يقوم الأفراد عندها باختيار حلا" آخرا" فيرجعون الى نشرة حل المشكلات ويختارون حلا" من الحلول التي قاموا بتوليدها وتقييمها سابقا" ويقوموا بوضع خطة لتطبيق هذا الحل بنفس الطريقة

التي عملوها للحل السابق، ومن ثم يقومون بمراجعة لأثر هذا الحل على المشكلة وهل تم حلها أم لا وهكذا الى أن يتم حل المشكلة.

- تسأل المرشدة المشاركين: ما رأيكم بما سمعتموه؟ نريد الآن أن نطبق ذلك على المشكلة التي تعملون على حلها وسوف نرى أثر الحل الذي اخترتوه في الجلسة السابقة وكيف طبقتوه.

- تطلب من المدير أن يقوم بدوره في مراجعة الخطة، فيطلب من الشخص المراقب على تطبيق الخطة أن يقدم تقريره لما تم صنعه من أجل حل المشكلة فيقدم تقريره ثم يدير المدير نقاش الأسرة من أجل تحديد مدى نجاح الحل في حل المشكلة، أو أن هنالك معيقات أو صعوبات في تطبيق الحل فيعملون على مناقشة طرق التغلب على هذه المعيقات والصعوبات، من أجل حل المشكلة، ومن ثم يقررون إما إعادة تطبيق الحل الذي اختاروه أم أنهم بحاجة الى اختيار حلا" آخرا".

- بعد انتهاء المشاركين من تطبيق هذه الخطوة ومناقشتها تقدم المرشدة التغذية الراجعة عن أدائهم وتصحح لهم الأخطاء ثم تطلب منهم أن يطبقوا ما قاموا به خلال الجلسات في حياتهم اليومية ويستعينوا بهذه المهارة في حل مشكلاتهم وأن يدربوا أفراد أسرهم على هذه المهارة حتى يساعدوهم في حل المشكلات وعدم تركها بدون حل وإلا فستزداد حدتها وقد تؤدي الى مشاكل أخرى، كما أن هذه المهارة تساعدهم في مواجهة الأزمات التي قد تواجههم في حياتهم وفي فترة العلاج فأحيانا"قد تطرأعلى الأسرة ظروف تفقدها توازنها وتراها تبحث عن حلا" سحريا" للأزمة التي تواجهها، عندها من المناسب اللجوء الى خطوات حل المشكلات بطريقة منظمة وباستخدام نشرة حل المشكلات وتدوين الحلول.

- قي نهاية الجلسة تشكر المرشدة المشاركين على تفاعلهم في الجلسة وتطلب منهم أن يطبقوا جميع خطوات مهارة حل المشكلات مع أسرتهم على مشكلة تحدث معهم خلال الفترة ما بين الجلستين وأن يدونوا ذلك وما يدور في ذهنهم من أسئلة حتى يتم مناقشته في الجلسة القادمة قبل الانتقال الى حل المشكلات الخاصة بمرضى الفصام وأسرهم.

مرحلة المشكلات الخاصة:

الجلسة الواحدة والعشرون: المدة90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على أهمية تعلم استراتيجيات لحل بعض المشكلات الخاصة بمرضى الفصام وأسرهم بشكل عام.

2- أن يتعرف المشاركون على بعض أنواع المشكلات التي قد تظهر عند المريض نتيجة للاضطراب.

3- أن يتعرف المشاركون على استراتيجيات للتعامل مع بعض هذه المشكلات.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتقوم بمراجعة الواجب البيتي وتصحح لهم إذا دعت الحاجة وتجيب عن أسئلتهم وتراجع معهم مهارة حل المشكلات بشكل عام قبل الانتقال الى المرحلة الأخيرة في البرنامج الارشادي وهي مرحلة المشكلات الخاصة.

- تقول المرشدة: إن تركيز برنامج الارشاد الأسري السلوكي هو إعطاء المشاركين معلومات عن الاضطراب النفسي وتحسين مهاراتهم في التواصل وحل المشكلات، وذلك بهدف تحسين تكيف الأسر مع الاضطراب. فبالرغم من أن هذه المعلومات والمهارات مهمة لكنها غير كافية، فهنالك انواع مختلفة من المشكلات التي قد تظهر كنتيجة أولية أو ثانوية للاضطراب النفسي، تتراوح هذه المشكلات من النبذ الى العدوان الى تدهور في العلاقات الاجتماعية. إن صعوبات المريض في هذه المجالات ومجالات اخرى ترهق جميع أفراد الأسرة، فهؤلاء لديهم قصور في قدرتهم على التكيف مع هذه الصعوبات.

- في حين أن حل المشكلات الفعال قد يضعف من هذه الصعوبات فإن تقديم هذه الاستراتيجية بالاضافة الى بعض الاستراتيجيات العيادية ممكن أن يؤدي الى تحسن أسرع وأفضل، فإن هذه الاستراتيجيات الخاصة قد تم تطويرها من أجل المشكلات التي لم تحل بتحسين التواصل ومهارات حل المشكلات. في جلساتنا المتبقية سوف أقدم لكم بعض الاستراتيجيات التي قد تنفعكم في التعامل مع هذه الصعوبات. من الصعب أن نغطي جميع القضايا ولكن سوف نتكلم عن أكثر المشاكل شيوعا" وانتشارا".

- تسأل المرشدة المشاركين عن رأيهم بما قالته وتسألهم عن المشكلات التي يعتقدون أنها مهمة للتعامل معها.

- بعد استماع المرشدة للمشاركين تقول: هنالك ثلاثة أنواع شائعة للمشكلات التي قد تظهر نتيجة للمرض النفسي منها ما يظهر على المريض، والنوع الآخر يظهر عند أقارب المريض، والنوع الثالث والأخير ما قد يظهر بشكل متساوي عند المريض وأقاربه.سوف أبدأ بالمشكلات التي قد تظهر عند المريض.

أكثرالمشكلات شيوعا عند مرضى الفصام تتضمن:

الأعراض السالبة مثل:ضعف الدافعية، ضعف الانتباه، العزلة، عدم الاهتمام بمظهره، انخفاض في محتوى الكلام. والاكتئاب الثانوي،الانتحار، ضعف في إدارة الوقت والتنظيم، الأعراض الذهانية المتواصلة، ضعف الوظائف الاجتماعية.

- تسأل المرشدة المشاركين السؤال المفتوح التالي: ما رأيكم بما قلته وهل هناك مشاكل مشابهة مرت بكم؟

- تستخدم المرشدة مهارة الاصغاء الفعال وتظهر لهم التعاطف لتشجعهم على الكلام ثم تقول: سوف ابدأ في الأعراض السالبة والاكتئاب، غالبا ما يعتقد أهل المريض ان باستطاعته التحكم بهذه الأعراض لذلك يعبرون عن سخطهم وغضبهم على قلة تركيز وقلة نشاط المريض، ولا يعلمون أن هذه الأعراض شائعة عند المرضى.

- تسأل المرشدة المشاركين السؤال المفتوح التالي: كيف تعاملتم مع هذه المشكلة في السابق؟

- بعد استماع المرشدة للمشاركين تقول: نحن نستخدم ثلاثة طرق للتعامل مع الاكتئاب والأعراض السالبة. اولا": إذا كانت الأعراض السالبة والاكتئاب دائمة، فنحن نوصي بعمل تقييم للدواء لتحديد إذا كان يوجد دواء آخر يحسن من الأعراض، فهنالك أدوية يمكن أن يكون لها تأثير جانبي يشابه الأعراض السالبة، كما أن الأدوية المضادة للإكتئاب يمكن أن تساعد مرضى الفصام إذا تم تناولها بالاضافة الى الأدوية المضادة للذهان، فهناك انواع عديدة يمكن تجربتها لإيجاد دواء يساعد في تحسين الاكتئاب عند المريض.

ثانيا":تناقش طبيعة المرض وأن الاكتئاب والأعراض السالبة نتيجة لهذا المرض وهذا ما ناقشناه في مرحلة التثقيف، فإن هذا يساعد الأسرة لفهم طبيعة الاضطراب وليضعوا توقعات واقعية لشفاء المريض.

ثالثا": تشجيع الأسرة لاستخدام مهارة حل المشكلات لبعض القضايا المتعلقة بالاكتئاب والأعراض السالبة مثل: إيجاد طرق لجعل المريض يعمل شيئا" نافعا"(ذا قيمة) في حياته بما يعادل 10 ساعات اسبوعيا" على الأقل، مساعدته في إيجاد أصدقاء، تحسين أنماط النوم عنده. القضية الجوهرية هنا هي إيجاد أهداف شخصية ذات معنى عند المريض وجعله يلتزم بها بالرغم من قلة الدافعية الموجودة عنده، وغالبا" ما يكون هذا بالبدء بأهداف صغيرة جدا" ثم التوسع بها مع الوقت، وتشجيعها باستمرار، بالاضافة الى استخدام طرق تعديل السلوك لتحسين اهتمامه بالمظهر العام والمهارات الحياتية اليومية مثل الطعام والنظافة الشخصية.

- تقول المرشدة للمشاركين: قد تبدوا هذه الاستراتيجيات صعبة ولا تستطيعون تطبيقها ولكنها ساعدت الكثير من المرضى في السابق وباستطاعتكم تطبيقها مع القليل من الجهد والصبر وبمساعدة المختصين للحصول على النتيجة المرغوبة.

- تنتقل المرشدة الى مشكلة اخرى فتقول: أما المشكلة الثانية التي قد تظهر عند المريض فهي **مشكلة الافتقارالى إدارة وتنظيم الوقت:** إن المرضى النفسيين غالبا" لديهم صعوبة في تخطيط وإدارة الوقت بصورة فعالة، مما يؤدي الى عدم التزامهم بالمواعيد، فشلهم في المسؤوليات الاجتماعية، وإحباط الأسرة والأصدقاء والمعالجين.

- تسال المرشدة المشاركين السؤال المغلق التالي: هل تعانون من هذه المشكلة مع المريض؟ ثم تسالهم السؤال المفتوح التالي ما هي الطرق التي اتبعتوها في معالجة هذه المشكلة؟

- بعد استماع المرشدة لإجابات المشاركين تقول: إن الاستراتيجية التي تساعد في هذه المشكلة هي تشجيع المريض ليحمل مفكرة يومية صغيرة وتعليمه كيف يكتب عليها مواعيده لأسبوع قادم، نطلب منه أن يراجع مواعيد اليوم التالي في كل ليلة قبل النوم، ثم مراجعة المواعيد التي قام بها والتي لم يقم بها، ثم مراجعة ذلك مع المرشدة في الجلسة القادمة. هذه الوظيفة تشجع المريض ليحمل المفكرة ويراجعها بصورة مستمرة، كما أنها تجمع معلومات عن مدى التزامه بالنشاطات المجدولة، أثناء مراجعة المفكرة تعبر المرشدة عن مشاعرها الايجابية لكل إنجاز وتقدم له التغذية الراجعة عن أدائه ثم تعطيه واجب بيتي لأسبوع قادم من أجل التقدم نحو الهدف.

- تقول المرشدة: إن هذه الاستراتيجية باستطاعتكم أن تقوموا بها أنتم بدلا" من المرشدة بعد أخذ التعليمات اللازمة من المرشدة وإشرافها على التطبيق فهذا يساعد في سهولة التطبيق على المريض كما انها قد توفر عليه مسالة الذهاب الى المرشدة.

- تقول المرشدة: أما المشكلة الثالثة فهي **ضعف الوظائف الاجتماعية:** نتيجة لعدة عوامل منها تأثير الأدوية التي تجعل المريض خاملا أو الحماية الزائدة من الاهل التي تمنع المريض من الخروج إلا تحت اشرافهم ورفضهم أن يقوم بالمهمات الاجتماعية البسيطة وذلك يعود إما للخوف عليه أو نتيجة للوصمة الاجتماعية المرتبطة بالمرض النفسي هذه العوامل سواء كانت منفردة او مجتمعة تؤدي الى ضعف الوظائف الاجتماعية عند المريض، لقد ناقشنا خلال البرنامج كيف أن مهارات التواصل وحل المشكلات ممكن أن تساعد في العلاقات الاجتماعية فهي مفيدة في تفاعلات الأشخاص سواء كانت هذه التفاعلات أسرية أو غير أسرية وقد ساعدت هذه المهارات الكثير من المرضى في مشكلات العمل بالاضافة الى مساعدتهم في المواقف الاجتماعية، فمهارات التواصل تساعد المرضى في حل

صراعاتهم مع الافراد الذين يقيمون معهم، التفاوض مع رؤسائهم في العمل، طلب التعرف على احد الأشخاص، طلب المساعدة الاضافية من المدرس، فالتدريب المستمر على مهارات التواصل التي تعلمناها خلال البرنامج من قبل المريض ممكن أن يعمم هذه المهارات ويستخدمها في مواقف متعددة بسيطة كانت أو معقدة.بالاضافة الى أن تعليم أفراد الأسرة مهارات الاتصال مثل البدء والمحافظة على المحادثة، الثقة بالنفس استجابة للانتقاد، ومناقشة قضايا الأدوية مع الطبيب. عند الأشخاص الذين يعانون من ضعف كبير في المهارات الاجتماعية، يمكن ان تقوم المرشدة بتعليم الأهل المهارات الاجتماعية خلال الجلسات والبدء بالمهارات البسيطة ثم يقوم الأهل بمساعدة المريض ليتدرب على هذه المهارات في البيت. هذه الاستراتيجية تساعد المرشدة لتراقب التحسن المنتظم في المهارات الاجتماعية عند المريض وأفراد الأسرة.

-تسأل المرشدة المشاركين الأسئلة المفتوحة التالية: ما رأيكم بما سمعتموه؟ هل لديكم اسئلة أو استفسارات عن هذه المشكلة وكيفية التعامل معها؟

- بعد استماع المرشدة لما يقوله المشاركين والاجابة على تساؤلاتهم تشكرهم على تفاعلهم في الجلسة وتطلب منهم تطبيق ما تعلموه خلال الجلسة في حياتهم اليومية مع أفراد أسرهم وان يكتبوا ما قاموا بتطبيقه والأسئلة والاستفسارات التي تخطر على بالهم من أجل مناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية والعشرون: **المدة90 دقيقة**

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على بعض المشكلات التي قد تظهر عند اقارب المريض.

2- أن يتعرف المشاركون استراتيجيات التعامل مع هذه المشكلات.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاكين وتجيب عن أسئلتهم وتراجع معهم ما قاموا بتطبيقه من حل المشكلات وتقدم لهم التغذية الراجعة عن أدائهم.

- تقول المرشدة بعد أن تكلمنا عن المشكلات التي قد تواجه مريض الفصام سوف نتكلم عن المشكلات التي قد تواجه اقارب المريض، اكثر المشكلات شيوعا عند أقارب المريض هي: الإدمان على العقاقير، مستويات عالية من الضغوط الانفعالية.

(غالبا" ما تواجه المرشدة أثناء تطبيق البرنامج الارشادي بعض اقارب المريض المدمنين على العقاقير، بعض المؤشرات على ذلك تظهر على شكل غياب غير مبرر عن الجلسات، إلغاء المواعيد بصورة متكررة، ظهور بعض الصراعات الواضحة مع الأقارب، مشاكل في العمل، ومشاكل مالية.

إذا شكت المرشدة بإدمان الشخص فعليها أن تؤكد أو تنفي هذه الشكوك من خلال لقاء فردي مع هذا الشخص.)

- تسأل المرشدة المشاركين: هل تلاحظون وجود هذه المشكلات في أسرتكم؟ كيف تعاملتم مع هذه المشكلة؟

- تستمع المرشدة لما يقوله المشاركون ثم تقول:

عندما يكون الشخص معترفا" أنه مدمن على العقاقير ويعبر عن رغبته في العمل على هذه المشكلة، يكون دور المرشدة مساعدة الشخص وتسهيل ذلك ويكون ذلك بمساعدته ليضع أهدافا" لإيقاف هذه العقاقير او التقليل منها، مساعدته ليتعرف على المثيرات التي تدفعه لاستخدام العقاقير، والاستراتيجيات للتعامل مع المواقف والمشاحنات التي تجعله يستخدم العقاقير، ويمكن تحويله الى مجموعة ارشادية مثل (مجموعة الكحوليين، العلاج المعرفي...)أو تحويله الى ارشاد فردي، وإذا كانت مشكلته حادة يمكن إدخاله الى المستشفى للعلاج.وعادة ما يتطلب علاج المدمنين على العقاقير معالجة شاملة ولفترة زمنية طويلة.

أما عندما يكون الشخص غير معترفا" بإدمانه أو يقلل من حجم المشكلة وليس لديه دافعية للعمل على هذه المشكلة وتكون موافقته على الانضمام الى البرنامج الارشادي ليتعلم كيفية التعامل مع الاضطراب النفسي وليس ليتلقى المعالجة لمشكلته هو. هنا على المرشدة ألا تحثه على العمل على مشكلة الادمان لكي لا ينفر وينسحب من البرنامج الارشادي، ولكن على المرشدة أن تبقى متيقظة لإمكانية التعامل مع هذه المشكلة من خلال التعبير عن المشاعر بصورة واضحة، أو من خلال مهارة حل المشكلات. فبدلا من مواجهة الشخص بمشكلة الادمان تعمل المرشدة مع باقي المشاركين بتحديد أهدافا" وتطبيق مهارة حل المشكلات على هذه اللأهداف، وتحاول المرشدة أن توجه النقاش وتسهل التفاعل بين الشخص المدمن وباقي المشاركين مع الأخذ بعين الاعتبار وضع خطوات للتوصل الى للأهداف المرغوبة، فعندما يرى الشخص أن إدمانه قد يتحول الى هدف مرغوب ممكن أن يتحمس لتقليل استخدامه لهذه العقاقير، في هذه الحالة من المهم أن تقوم المرشدة بمساعدة المشاركين لوضع اهداف لها معنى وثيق الصلة بهذا الشخص حتى تصبح عنده الدافعية للعمل على مشكلته وإبدال الإدمان بهذه الأهداف.

- تسال المرشدة ما رأيكم بهذه الطريقة للتعامل مع هذه المشكلة قد تبدوا صعبة عليكم في البداية ولكن ممكن ان تتقنوها مع الممارسة والتدريب.

- تستمع المرشدة الى تعليقات المشاركين وتجيب عن تساؤلاتهم واستفساراتهم ثم تنتقل الى المشكلة الثانية وهي مشكلة وجود مستويات عالية من الضغوط الانفعالية فتقول:

إن رعاية المريض النفسي والمحافظة على علاقة حميمة معه لها تاثير سلبي على الصحة النفسية لأفراد اسرته، وبالرغم من أن الهدف الرئيسي للبرنامج الارشادي هو تخفيف أعباء مقدمي الرعاية للمريض من خلال مكوناته من التثقيف، التدريب على مهارات الاتصال، وحل المشكلات، فإن المستوبات العالية من الاكتئاب او القلق التي قد تحدث عند الأقارب تتطلب تدخلات أكثر خصوصية ومصممة لمعالجة هذه المشاكل. غن النتائج الشائعة للضغوط العالية هي الانسحاب الاجتماعي، سواء كان للمريض أو لفراد الأسرة.

إن التوجه الأول في التعامل مع المستويات العالية من الضغوط الانفعالية عند الأقارب هي المحافظة على البيئة الآمنة(الهدوء، الانسجام والتماسك، القدرة على التنبؤ، التفاؤل من العلاج) والاستفادة من البرنامج الارشادي الذي يهدف الى تخفيف الضغوط لديهم،وغالبا" ما تتطلب حالة الذين لديهم اكتئاب أو قلق حاد ان نشجعهم على الاشتراك في بعض التدخلات الأسرية التي تقدم لهم مستوى متخصص من الدعم وإعادة ثقتهم بأنفسهم وزرع الأمل لديهم الذي بدوره قد يكون العلاج. بالاضافة الى أن تصحيح بعض الادراكات والمفاهيم الخاطئة حول الأمراض النفسية وعلاجها، تحسين التواصل، وحل المشكلات كلها تركز على مساعدة الأقارب للتعامل بفعالية مع الضغوط. وبما أن سلوكات المريض المزعجة والحادة قد تسبب ضغوط عند مقدمي الرعاية للمريض فإن المعالجة الفعالة في البرنامج الارشادي مثل تحسين قدرتهم على ضبط الدواء ومراقبة المرض يمكن ان تخفض من حدة هذه السلوكات وتاثيرها على الأقارب.

قد يستفيد البعض من قراءة كتب المساعدة الذاتية(self help) للتعامل مع اضطرابات القلق والاكتئاب، بينما قد يحتاج البعض الآخر الى التحويل البالرشاد النفسي الفردي، بالاضافة الى أن التحويل الى الطبيب النفسي للتقييم الدوائي يكون مفيدا" لبعض الأشخاص الذين يختبرون مستويات عالية جدا" من الضغوط. الذين لا يرغبون بالتدخلات الدوائية أو العلاج النفسي يمكن أن يستفيدوا بتحويلهم الى جماعات الدعم النفسي فهنالك العديد من انواع جماعات الدعم هدفها مساعدة الفراد للتعامل مع القلق والاكتئاب بتحسين الفاعلية الذاتية لديهم.

-تسأل المرشدة المشاركين الأسئلة المفتوحة التالية: ما رأيكم بما سمعتموه؟ هل لديكم اسئلة أو استفسارات عن هذه المشكلة وكيفية التعامل معها؟

- بعد استماع المرشدة لما يقوله المشاركون والاجابة على تساؤلاتهم تشكرهم على تفاعلهم في الجلسة وتطلب منهم ان يكتبوا الأسئلة والاستفسارات التي تخطر على بالهم من أجل مناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة والعشرون: المدة90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن يتعرف المشاركون على بعض المشكلات التي قد تظهر عند اقارب المريض أو المريض

2- أن يتعرف المشاركون استراتيجيات التعامل مع هذه المشكلات.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالاجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتقوم بالاجابة على أسئلتهم واستفساراتهم وتراجع معهم ما تم تعلمه في الجلسة السابقة حول المشكلات التي قد تظهر عند أقارب المريض.

- تنتقل المرشدة الى مناقشة المشكلات التي قد تظهر سواء عند المريض أو اقاربه فتقول: هناك مشكلات قد تحدث عند المرض او أفراد أسرته من هذه المشكلات الغضب والعنف، مشاكل في الحميمية والأداء الجنسي، اضطرابات القلق مثل (المخاوف، الهلع، اضطراب ما بعد الصدمة، والوسواس القهري)، وممشكلات في رعاية الأطفال.

- تسأل المرشدة المشاركين الأسئلة المفتوحة التالية: هل تلاحظون وجود مثل هذه المشكلات في أسرتكم؟ كيف تعاملتم معها؟

- تستمع المرشدة لمساهمات المشاركين ثم تقول من الصعب أن نناقش جميع هذه المشكلات في هذه الجلسة خاصة أن هذه الجلسة هي الأخيرة في مناقشة المشكلات الخاصة وأن الجلسة القادمة ستكون لإعادة تطبيق الاستبيان الذي قمتم بالاجابة عليه في بداية البرنامج الارشادي. لذلك سأختصر هذه المشكلات الى المشكلات الأكثر شيوعا وهي مشكلات الغضب والعنف، ومشكلة الحميمية والأداء الجنسي.

العديد من الأسر لديهم مشكلة في السيطرة على قضية الغضب والعنف في المنزل، وهذه المشاكل تكون اكبر عند الأسر الموجود فيها مريض نفسي، فيظهر العنف في هذه الأسر بكثرة وياخذ عدة أشكال تتراوح ما بين التهديد اللفظي الى مستويات من العدوان الجسدي تتراوح ما بين المتوسطة والحادة. عند العديد من المرضى يكون العنف متبادلا" فقد يكون المريض ضحية أو معتدي، وبالرغم من أن معدل الضحايا بين الذكور والإناث متساويا" إلا أن نسبة الإناث اللواتي يحصل لديهن إصابات

جسدية بالغة أكبر من النسبة الذكور. هذه النتائج توحي بأهمية الوعي والتيقظ الى مشكلة العنف في أسر المرضى النفسيين.

هناك العديد من الاستراتيجيات التي تفيد في التعامل مع مشكلة العنف في الأسرة أهم هذه الاستراتيجيات هي العمل على تحسين مهارات التواصل وحل المشكلات فالعديد من الأسر يحدث فيها الغضب والعنف نتيجة قصور قدرة الفراد في إعطاء بعضهم البعض تغذية راجعة فورية وبناءة حول الحوادث المحزنة والمحبطة. إذا لم تحل هذه المشكلة من خلال تحسين التواصل وحل المشكلات فالأفضل ان تقوم المرشدة بعمل إرشاد للأسرة كاملة حتى يتمكنوا من السيطرة على هذه المشكلة مستخدمة استراتيجيات مختلفة تبدأ بالتعرف علىالمثيرات المنبهة للغضب والعدوان وبعد تعرفهم عليها يتعرفون على الاشارات الجسدية التي تحصل لديهم ثم ينتقلون الى تعلم كيفية استخدام مهارات حل المشكلات في التعبير عن مشاعرهم السلبية وغضبهم ثم استخدام مهارة حل المشكلات وطلب الوقت المستقطع، واستراتيجيات إدارة الغضب.

أما بالنسبة للمرضى النفسيين فإن الغضب والعدوان الذي يحصل لديهم يكون غالبا" مرتبطا" بالضلالات والأوهام فزيادة الغضب والعنف يمكن ان يكون إشارة على اقتراب الانتكاسة لديهم وهذا يتطلب تقييم فوري للدواء وتنظيم الجرعات للتقليل من العدوانية وإيذاء الآخرين.

- تسال المرشدة المشاركين ما رايكم بما سمعتموه؟ ما رأيكم بهذه الطرق للتعامل مع هذه المشكلة؟

تستمع المرشدة الى تعليقات المشاركين وتجيب عن تساؤلاتهم واستفساراتهم ثم تنتقل الى المشكلة الثانية وهي مشكلة الحميمية والأداء الجنسي فتقول:

من الشائع وجود مشاكل في العلاقة الحميمية والأداء الجنسي عند الأزواج الذين يكون احدهم مريضا" بالفصام فالشخص الفصامي تقل رغبته في العلاقة الجنسية وذلك يعود الى anhedonia، بالاضافة الى أن التوتر والأعباء والصراعات في العلاقة الزوجية تؤدي الى قلة المشاعر الايجابية عند الطرف السليم وينعكس ذلك في العلاقة الجنسية.

في حالة وجود مشكلة تقوم المرشدة بجمع معلومات من الزوجين بهدف عمل تقييم مبدئي فيما لو كانت المشكلة تعود الى خلل عضوي كالألم أو عوامل بين شخصية كعدم الموافقة او عدم غعطاء الوقت الكافي أو بسبب خليط من العوامل كقلة الرغبة. إذا كانت المشكلة مرتبطة بالشخص الذي يتعاطى أدوية يحول المريض الى الطبيب ليحدد إذا كانت الأدوية قد ساهمت في هذه المشكلة أم لا، إذا اتضح أن المشكلة ليست بسبب الأدوية عندها يحول الشخص الى طبيب أخصائي ليقيم العوامل الصحية المرتبطة بهذه المشكلة والعمل على علاجها.

غالبا" ما تكون المشكلات الجنسية مرتبطة بالمشكلات بالحميمية، إن الهدف الرئيسي من البرنامج الارشادي هو تعليم الاسرة كيف تتعامل مع المرض النفسي وهذا غير كافي للعمل مع مشكلة الحميمية ولكن من المفضل العمل في البداية على اكتساب الزوجين مهارات التعامل مع المرض النفسي ثم تطلب منهم المرشدة القيام ببعض الخطوات مثل جدولة بعض الأوقات السعيدة ليقضوها مع بعضهم البعض، التثقيف باثر المرض النفسي على الرغبة الجنسية، والتركيز في مهارات التواصل على التعبير عن المشاعر الايجابية واستخدام مهارات الاستماع الفعال، وبالرغم من أن هذه الطرق غير كافية لتقليل المشكلة في الحميمية ولكن مع تكرارها ممكن أن تؤدي الى بعض التحسن في المرحلة الاولى للعمل بعد ذلك مع المعالج المختص في هذه المشكلات.

- تسأل المرشدة المشاركين ما رأيكم بما سمعتموه؟ وهل كان لديكم خبرات مشابهة؟

- تستمع المرشدة للمشاركين وتجيب على اسئلتهم واستفساراتهم ثم تشكرهم على تفاعلهم في الجلسة، ثم تعود وتذكرهم بأن الاجلسة القادمة هي الجلسة الأخيرة في البرنامج الارشادي، وفي نهاية الجلسة تطلب منهم أن يكتبوا ما يخطر على بالهم من أسئلة واستفسارات عن المشكلات الخاصة وعن البرنامج الارشادي بشكل عام.

الجلسة الرابعة والعشرون: المدة90 دقيقة

الأهداف: نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن تتحقق الأهداف التالية:

1- أن تاخذ المرشدة من المشاركين التغذية الراجعة عن البرنامج الارشادي.

2- أن يطبق المشاركون مقياس التواصل والتكيف الأسري.

الإجراءات: لتحقيق هذه الأهداف تقوم المرشدة بالإجراءات التالية:

- ترحب المرشدة بالمشاركين وتقوم بالإجابة على أسئلتهم واستفساراتهم وتراجع معهم المشكلات الخاصة ثم تطلب منهم أن يقيموا البرنامج الإرشادي ومدى الاستفادة التي حصلوا عليها منه، وما هي اقتراحاتهم حوله.

- بعد استماع المرشدة للمشاركين تطلب منهم أن يطبقوا مقياس التواصل والتكيف الاسري وذلك بهدف تحديد مدى فاعية البرنامج الارشادي وتحديد التحسن الذي طرأ على المشاركين.

- بعد انتهاء المشاركين من تطبيق المقياس تشكرهم المرشدة على انضمامهم للبرنامج والتزامهم بالحضور والتفاعل خلال الجلسات وتقول لهم: إن البرنامج قد انتهى وآمل أن يكون قد حقق الفائدة المرجوة منه وانكم قد لمستم الفرق في مهاراتكم التكيفية والتواصل. ومع أن البرنامج قد انتهى إلا انني موجودة لمساعدتكم في اي وقت تكونوا فيه بحاجة الى المساعدة، وآمل ان تستمروا في استخدام

المهارات التي تعلمناها خلال الجلسات حتى يستمر التحسن عندكم في مهارات التكيف والتواصل وإننا سوف نلتقي بعد اسبوعين في نفس اليوم والوقت حتى نطبق المقياس مرة أخرى ونقيم مدى استقرار النتائج في التحسن أم لا ثم نودعهم.

THE IMPACT OF BEHAVIORAL COUNSELING IN IMPROVING COMMUNICATION AND ADJUSTMENT OF THE SCHIZOPHRENIC PATIENTS FAMILIES IN JORDAN

By

Rima AL-Dajani

Supervisor

Dr. Nazih Hamdi, Prof.

Abstract

The present study aimed to investigate the impact of Behavior Family Counseling in Improving Communication and Adjustment of the Schizophrenic Patients Families.

Study population consisted of all families of schizophrenic patients in Jordan. The sample consisted of 20 families having a patient diagnosed as schizophrenic, and randomly distributed on two groups (control, and experimental group).

Family communication skills scale consisted of four domains, and family adjustment scale were utilized after establishing their validity and reliability.

Then the researcher applied the counseling program to improve communication and adjustment on the experimental group.

The Results showed that:

There were no significant differences between the experimental and control groups on the pre-measure of communication which reflects the equivalence between the two groups.

There were significant differences between the experimental and control groups on the post test of communication, and the differences appear to be in favor the experimental group.

The results showed also there were no differences between the experimental and control groups on the pre-test of psychological adjustment which reflects the equivalence between the two groups.

They also showed there were differences between the experimental and control groups on the post-test of psychological adjustment, and these differences in favor of the experimental group.

The results showed also there were differences between the experimental and control groups on the follow up test of communication and the differences appear to be in favor of the experimental group.

They also showed there were differences between the experimental and control groups on the follow up test of Psychological adjustment, and these differences in favor of the experimental group.